

**VORFELDSTUDIE
ZUR ERSTELLUNG EINES SCHULUNGSKONZEPTS
FÜR CHRONISCH KRANKE:
UNTERSUCHUNGEN AN EINEM KOLLEKTIV
VON 100 DIABETIKERN**

Annemarie Brandl

1979



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551912_0034

Aus der III. Medizinischen Abteilung des Städtischen
Krankenhauses München-Schwabing, Chefarzt: Prof. Dr.
H. Mehnert und aus der Forschergruppe Diabetes,
Leiter: Prof. Dr. H. Mehnert

Vorfeldstudie
zur Erstellung eines Schulungskonzepts für chronisch
Kranke: Untersuchungen an einem Kollektiv von
100 Diabetikern

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

A n n e m a r i e B r a n d l

aus

Eitensheim

Jahr

1979

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Mehnert

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 15.11.1979



gewidmet

meinen Eltern und meiner Schwägerin Franziska Brandl

Auf das herzlichste bedanke ich mich bei
Herrn Prof. Dr. H. Mehnert für die Überlassung des Themas und
die stets überaus freundliche Unterstützung
dem Institut für Biomathematik und Medizinische Statistik der
Universität München, insbesondere Herrn Dr. Schewe, für die
bereitwillige Betreuung und Anleitung bei der Benutzung des
Computers
meiner Schwägerin Franziska Brandl für die große Sorgfalt und
Mühe beim Maschinenschreiben der vorliegenden Arbeit.

A b s t r a c t

BRANDL, ANNE MARIE:

VORFELDDSTUDIE ZUR ERSTELLUNG EINES SCHULUNGSKONZEPTS FÜR CHRONISCH KRAKE: UNTERSUCHUNGEN AN EINEM KOLLEKTIV VON 100 DIABETIKERN

Die Befragung von 100 an Diabetes mellitus erkrankten Patienten der III. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Chefarzt Prof. Dr. H. Mehnert, sollte Aufschlüsse über den Erfolg der an dieser Abteilung seit Jahren praktizierten Diabetikerschulung erbringen und einen Beitrag zur Weiterentwicklung dieses Schulungskonzepts leisten.

Da zu einer solchen Fragestellung bisher nur sehr wenige Arbeiten vorliegen, bestand die Hauptaufgabe der Studie in einer "Sondierung des Terrains", d.h. durch Aufgliederung der Thematik in verschiedene Problemkreise sollten ergiebige Ansatzpunkte für nachfolgende Untersuchungen ausfindig gemacht werden. Mittels eines standardisierten Interviews (Dauer im Durchschnitt 30 Minuten) wurde die Fragestellung " Welche Gesichtspunkte sind bei der Entwicklung eines Konzepts zur erfolgreichen Schulung chronisch kranker, im speziellen Fall an Diabetes mellitus leidender Patienten zu berücksichtigen ?" unter verschiedenen Aspekten beleuchtet, insbesondere Informations- und Gesundheitsverhalten sowie der Wissensstand der Patienten über ihre Krankheit.

Über ihre inhaltliche Funktion als Vorfeldstudie hinaus sollte die Arbeit auch der Entwicklung und Erprobung geeigneter Methoden (z.B. Stichprobenauswahl) zum formalen Ablauf derartiger, an den Bereich der empirischen Sozialforschung grenzender Aufgabenstellungen dienen.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. Einleitung	1
II. Aufgabenstellung und -begründung	3
1. Informationsstand der Patienten	3
2. Allgemeines Gesundheitsverhalten der Patienten	3
3. Anwendung nicht-wissenschaftlicher Heilverfahren	3
4. Informationsverhalten der Patienten	4
5. Arzt-Patient-Verhältnis	4
III. Methoden	8
1. Grundgesamtheit und Stichprobenauswahl	9
2. Erstellung des Fragebogens	13
3. Interviewsituation und -technik	31
4. Vortestung und Probebefragungen	35
IV. Beschreibung des befragten Kollektivs	37
1. Aufschlüsselung nach demographischen Kriterien	37
2. Aufschlüsselung nach krankheitsspezifischen Kriterien	39
V. Diskussion der Untersuchungsergebnisse	42
1. Informationsstand	43
1.1. Kenntnisstand über Ursachen, Pathophysiologie, Therapie und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus	44
1.2. Subjektive Einschätzung des Kenntnisstandes durch die Patienten	80
1.3. Einfluß des Wissensstandes auf die aktive Mitwirkung der Patienten bei der Therapie und das Interesse am aktuellen Krankheitsverlauf	82

	Seite
2. Allgemeines Gesundheitsverhalten	92
2.1. Interesse des Diabetikers am Bereich Gesundheit	93
2.2. Wissensstand über Themen aus dem Gebiet der Medizin	104
2.3. Selbsteinschätzung des Gesundheitsver- haltens	110
2.4. Bedeutung nicht-ärztlicher Einflüsse für das Gesundheitsverhalten	112
3. Nicht-wissenschaftliche Behandlungsmethoden	119
3.1. Bekanntheitsgrad verschiedener "Haus- mittel"	120
3.2. Häufigkeit der Anwendung einzelner Mittel	125
3.3. Überzeugungsgrad von der Wirksamkeit einzelner Mittel	127
3.4. Anwendung von nicht-wissenschaftlichen Methoden als Ersatz für die medizinische Diabetestherapie	130
3.5. Faktoren, die mit Kenntnis nicht-wissen- schaftlicher Behandlungsmethoden zusammen- hängen	131
4. Informationsverhalten	136
4.1. Relative Bedeutung verschiedener In- formationsquellen im Rahmen der Diabetikerschulung	137
4.2. Beitrag der Massenmedien zum Informations- angebot über die Zuckerkrankheit	140
4.3. Relative Bedeutung verschiedener Informa- tionsquellen bei der Verbreitung der Kenntnis nicht-wissenschaftlicher Behandlungs- methoden	146

	Seite
4.4. Bedeutung der "Eigenen Erfahrung" als Informationsquelle	149
4.5. Zusammenfassende Betrachtung	150
4.6. Vergleich mit dem Informationsverhalten bei Beschäftigung mit anderen medizinischen Problemen	152
5. Arzt-Patient-Verhältnis	157
VI. Zusammenfassung	162
VII. Literaturverzeichnis	169
Anhang	175

INHALTSVERZEICHNIS

zu

V. Diskussion der Untersuchungsergebnisse

	Seite
1. Informationsstand	43
1.1. <u>Kenntnisstand über Ursachen, Pathophysiologie, Therapie und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus</u>	44
1.1.1. Fragen zu mit der Höhe des Wissensstandes korrelierenden Faktoren	44
1.1.1.1. <u>Informationsfreudigkeit:</u>	
Informationshäufigkeit (Frage 10)	44
Gründe für geringe Informationshäufigkeit (Frage 10.1.)	45
Zeitpunkt der letzten Information (Frage 11)	46
1.1.1.2. <u>Ausschöpfung der angebotenen Informationsmöglichkeiten:</u>	47
Besuch des Schulungsprogramms der III. Medizinischen Abteilung (Frage 9)	47
Kenntnis und Lektüre des Diabetes-Journals (Fragen 22, 22.1.)	48
Kenntnis des Deutschen Diabetiker-Bundes (Frage 28)	49
Mitgliedschaft in diesem Bund (Frage 28.1.)	49
Fragen zu Diabetes-Journal und Deutschem Diabetiker-Bund (Fragen 22.1.1., 22.1.1.1., 22.1.1.2., 22.1.1.1.1., 22.1.1.3., 28.1.1., 28.1.2., 28.1.3.)	50
1.1.1.3. <u>Kenntnis der Harnzuckerwerte</u>	53
Nennung des Blut- bzw. Harnzuckerwertes (Fragen 6.1., 7.1.)	54
Vergleich der Angaben mit dem Diabetikerausweis (Fragen 6.2., 7.2.)	54

	Seite
1.1.2. Direkte Wissensfragen	57
1.1.2.1. <u>Behandlungsmethoden des Diabetes mellitus</u>	57
Bekanntheitsgrad verschiedener Behandlungsmethoden des Diabetes mellitus (Frage 15)	57
Ansichten über die Möglichkeit einer Diabetestherapie mit nicht-wissenschaftlichen Behandlungsmethoden (Frage 18)	59
Anwendung nicht-wissenschaftlicher Heilverfahren (Frage 18.1.)	59
1.1.2.2. <u>Kenntnis der Gründe, die eine konsequente Therapie der Zuckerkrankheit erforderlich machen</u>	61
Überzeugungsgrad von der Notwendigkeit einer Therapie der Zuckerkrankheit (Frage 26)	62
Gründe für die Notwendigkeit der Diabetestherapie (Frage 26.1.)	63
Kenntnis des Begriffes "Spätschäden" (Frage 27)	64
Nennung von Spätschäden (Frage 27.1.)	65
Vorstellungen der Patienten, die den Begriff "Spätschäden" nicht kannten, zu dessen möglicher Bedeutung (Fragen 27.2., 27.2.1.)	67
1.1.2.3. <u>Zusätzlich zur Basistherapie angewandte Maßnahmen bei der Behandlung der Zuckerkrankheit (Frage 19)</u>	69
1.1.2.4. <u>Künstliche Bauchspeicheldrüse</u>	69
Ansicht über die Möglichkeit einer Diabetestherapie mit einer künstlichen Bauchspeicheldrüse (Frage 24.1.)	69

	Seite
Vorstellungen zur Funktionsweise der künstlichen Bauchspeicheldrüse (Frage 24.3.)	70
Ansichten über die Heilbarkeit der Zuckerkrankheit durch diese Methode (Frage 24.4.)	71
1.1.2.5. <u>Ansichten über die Möglichkeit einer eigenständigen Änderung der vorge- schriebenen Tabletten- oder Insulin- dosis</u> (Frage 25)	72
1.1.3. Fragen zur Prüfung der Festigkeit der darge- botenen Reaktionen	73
1.1.3.1. <u>Strahlenbehandlung der Zuckerkrank- heit</u>	73
Wissen um die Möglichkeit einer Strahlenbehandlung (Frage 23.1.)	74
Einschätzung der Erfolgsaussichten einer solchen Behandlung (Frage 23.2.)	74
1.1.3.2. <u>Schädlichkeit von Süßstoffen</u>	74
Beurteilung der Schädlichkeit (Frage 20)	74
Nennung möglicher Schäden (Frage 20.2.)	75
1.1.3.3. <u>Schädlichkeit der oralen Anti- diabetika</u>	
Einschätzung der Schädlichkeit (Frage 21.1.)	76
Nennung möglicher Schäden (Frage 21.2.)	77
Nennung des die Nebenwirkungen hervorrufenden Präparates (Frage 21.4.)	78
1.1.4. Zusammenfassung	79

	Seite
1.2. <u>Subjektive Einschätzung des Kenntnisstandes durch die Patienten</u>	80
1.2.1. <u>Angaben der Patienten bezüglich ihrer Kenntnisse über die Zuckerkrankheit</u>	80
Bewertung des Kenntnisstandes (Frage 8)	80
Gründe für unzureichende Kenntnisse (Frage 8.1.)	80
1.2.2. <u>Schlußfolgerungen</u>	82
1.3. <u>Einfluß des Wissensstandes auf die aktive Mitwirkung der Patienten bei der Therapie und das Interesse am aktuellen Krankheitsverlauf</u>	82
1.3.1. <u>Selbsteinschätzung des Diätverhaltens (Frage 5)</u>	82
1.3.2. <u>Anteilnahme an der Verlaufskontrolle der Zuckerkrankheit</u>	84
Wertung der Fragen 6. und 7. zur Kenntnis der Blut- bzw. Harnzuckerwerte	
1.3.3. <u>Anwendung des χ^2-Tests zur Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen Informationsgrad und Therapieverhalten</u>	84
1.3.3.1. <u>Zusammenhang zwischen der Kenntnis der Harnzuckerwerte (Frage 7.1.)</u>	85
und	
Informationshäufigkeit (Frage 10)	86
Kenntnis und Bewertung des Schulungsprogramms der III. Medizinischen Abteilung (Frage 9)	86
Bewertung der Bekannten als Informationsquelle (Frage 9)	86
Kenntnis des Diabetes-Journals (Frage 22)	87

1.3.3.2. <u>Zusammenhang zwischen der Nennung der Diät als Therapieform (Frage 15)</u>	87
und Kenntnis des Diabetes-Journals (Frage 22)	87
Kenntnis und Bewertung des Schu- lungsprogramms der III. Medizinischen Abteilung (Frage 9)	88
Informationshäufigkeit (Frage 10)	88
Glauben an den Erfolg einer Strahlen- behandlung (Frage 23.2.)	88
Glauben an eine Heilungsmöglichkeit der Zuckerkrankheit durch eine künst- liche Bauchspeicheldrüse (Frage 24.4.)	89

1.3.3.3. <u>Schlußfolgerungen</u>	89
-----------------------------------	----

1.3.4. <u>Zusammenfassung</u>	90
-------------------------------	----

2. Allgemeines Gesundheitsverhalten	92
-------------------------------------	----

2.1. <u>Interesse der Patienten am Bereich "Gesundheit"</u>	93
---	----

2.1.1. <u>Selbsteinschätzung des Informationswunsches</u>	93
---	----

Interesse an Information über medizinische Probleme (Frage 35.2.)	93
--	----

Interesse an Zeitungsartikeln über medi- zinische Probleme (Frage 39)	93
--	----

2.1.2. <u>objektive Einstellungsmessung</u>	95
---	----

Kenntnis medizinischer Laienzeitschriften (Frage 40)	95
---	----

Nennung von Titeln medizinischer Laienzeit- schriften (Frage 40.1.)	96
--	----

Häufigkeit der Lektüre medizinischer Laien- zeitschriften (Frage 40.2.)	96
--	----

	Seite
Kenntnis medizinischer Laienbücher (Frage 41)	97
Nennung von Titeln medizinischer Laien- bücher (Frage 41.1.)	97
Besitz medizinischer Laienbücher (Frage 41.2.)	98
Häufigkeit der Lektüre medizinischer Laien- bücher (Frage 41.2.1.)	98
 2.1.3. <u>Vergleich von Selbsteinschätzung und objektiver Messung</u>	 100
 2.1.4. <u>Hypothesenbildung zur Diskrepanz der Er- gebnisse von V.1.1.1. und V.2.1.3.</u>	 101
Befragung der Patienten zu Zweitkrank- heiten (Frage 30)	101
Selbsteinschätzung des Kenntnisstandes über Zweitkrankheiten (Frage 31)	101
Wunsch nach Information über Zweitkrank- heiten (Frage 32)	102
Begründung des Informationswunsches (Frage 32.1.)	103
Gründe für das Fehlen eines Informations- wunsches (Frage 32.2.)	103
 2.1.5. <u>Schlußfolgerungen</u>	 103
 2.2. <u>Wissensstand der Patienten über Themen aus dem Gebiet der Medizin</u>	 104
 2.2.1. <u>Erinnerungsvermögen der Patienten an medi- zinische Themen als Indikator für den Wissens- stand</u>	 104
Erinnerung an Themen, mit denen sich die Patienten in letzter Zeit befaßt hatten (Frage 43)	105
Nennung solcher Themen (Frage 43.1.)	105

	Seite
Befragung zur Existenz von nach Ansicht der Patienten in der Berichterstattung häufig wiederkehrender Themen (Frage 44)	106
Nennung solcher Themen (Frage 44.1.)	106
2.2.2. <u>Selbsteinschätzung der Kenntnis in der Berichterstattung häufig wiederkehrender Themen (Frage 44.2.)</u>	107
2.2.3. <u>Schlußfolgerungen</u>	109
2.3. <u>Selbsteinschätzung des Gesundheitsverhaltens</u>	110
2.3.1. <u>Benotung des Gesundheitsverhaltens durch die Patienten (Frage 31.1.)</u>	110
2.3.2. <u>Schlußfolgerungen</u>	111
2.4. <u>Bedeutung nicht-ärztlicher Einflüsse für das Gesundheitsverhalten</u>	112
2.4.1. <u>Einfluß nicht-ärztlicher Informationen auf die Einnahme von Medikamenten</u>	112
2.4.1.1. <u>Einfluß der Zeitungswerbung</u>	113
Zusammenstellung der von den Patienten gelesenen Zeitschriften und Zeitungen (Frage 36)	113
Beachtung der Werbespalten durch die Patienten (Frage 37)	113
Erprobung von "Medikamenten" aufgrund von Zeitungswerbung (Frage 38)	113
Zusammenstellung der aufgrund von Zeitungswerbung erprobten Medikamente (Frage 38.1.)	114

	Seite
2.4.1.2. <u>Einfluß anderer nicht-ärztlicher Informationsquellen</u>	114
Angaben zur Erprobung von Medikamenten aufgrund nicht-ärztlicher Informationen (Frage 46)	115
Zusammenstellung der von den Patienten erprobten Medikamente (Frage 46.1.)	115
2.4.2. <u>Einfluß nicht-ärztlicher Informationen auf den Entschluß zur Konsultation des Arztes</u>	117
Arztkonsultationen der Patienten aufgrund nicht-ärztlicher Informationen (Frage 45)	117
Gründe für diese Konsultationen (Frage 45.1.)	118
3. Nicht-wissenschaftliche Behandlungsmethoden	119
3.1. <u>Bekanntheitsgrad verschiedener "Hausmittel"</u>	120
Befragung der Patienten zur Kenntnis einer Reihe ihnen vorgelesener "Hausmittel" (Frage 16)	120
Kenntnis weiterer nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden des Diabetes mellitus durch die Patienten (Frage 17)	120
Nennung solcher Methoden (Frage 17.1.)	123
Zusammenfassung	124
3.2. <u>Häufigkeit der Anwendung einzelner Mittel</u> (Fragen 16 (B), 17.3.)	125
3.3. <u>Überzeugungsgrad von der Wirksamkeit einzelner Mittel</u>	127
3.3.1. <u>Einschätzung der Wirkung nicht-wissenschaftlicher Methoden bei der Therapie der Zuckerkrankheit</u>	127

	Seite
Anzahl der Patienten, die mindestens ein Hausmittel schon selbst erprobt haben (Frage 16 (B))	127
Angaben der Patienten bezüglich des Erfolgs bei der Anwendung nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden (Fragen 16 (C), 17.3.1.)	128
3.3.2. <u>Einschätzung der Wirkung der aufgrund von Zeitungswerbung erprobten "Heilmittel"</u>	130
3.4. <u>Anwendung nicht-wissenschaftlicher Methoden als Ersatz für die medizinische Diabetestherapie</u>	130
Art der durch nicht-wissenschaftliche Heilverfahren ersetzten Therapieform (Frage 18.1.1.)	131
Zusammenstellung der als Ersatz für die medizinische Diabetestherapie angewandten Heilverfahren (Frage 18.1.2.)	131
3.5. <u>Faktoren, die mit der Kenntnis nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden zusammenhängen</u> (Berechnung mittels χ^2 -Test und Pawlikkoeffizient)	131
3.5.1. <u>Beziehung zur Diabetesdauer (Frage 3)</u>	132
3.5.2. <u>Beziehung zu Schulung und Therapieverhalten (Fragen 15 und 7.2.)</u>	133
3.5.3. <u>Beziehung zur Therapieform (Frage 4)</u>	134
3.5.4. <u>Zusammenfassung</u>	135

4. Informationsverhalten	Seite 136
4.1. <u>Relative Bedeutung verschiedener Informations- quellen im Rahmen der Diabetikerschulung</u>	137
Benotung der wichtigsten Informationsquellen durch die Patienten (Frage 9)	137
von den Patienten bevorzugte Informationsquellen (Frage 14)	139
4.2. <u>Beitrag der Massenmedien zum Informationsangebot über die Zuckerkrankheit</u>	140
4.2.1. <u>Beitrag zur Verbreitung von Informationen über neueste Entwicklungen und Sensations- meldungen</u>	140
Art und Weise, auf die die Patienten von der künstlichen Bauchspeicheldrüse erfahren haben (Frage 24.2.)	140
Informationsquellen über die Schädlich- keit von Süßstoffen (Frage 20.1.)	141
4.2.2. <u>Inhalte und Bedeutung von Informationsbei- trägen, die die Patienten von ärztlicher Seite nicht erhalten hatten</u>	141
Informationen aus der Presse (Frage 12)	141
Art der aus Pressemeldungen stammenden In- formationen (Frage 12.1.)	142
Einschätzung der Bedeutung der aus Presse- meldungen stammenden Informationen (Frage 12.2.)	142
Informationen, die weder vom Arzt noch aus Pressemeldungen stammen (Frage 13)	143
Art dieser aus sonstigen Informations- quellen stammenden Informationen (Frage 13.1.)	144
Quellen, aus denen die Patienten Informa- tionen bezogen, die sie weder vom Arzt noch durch die Presse erhalten hatten (Frage 13.2.)	144

	Seite
Reaktionen der Patienten auf solche Informationen (Frage 13.3.)	144
Reaktionsweisen der Patienten (Frage 13.3.1.)	145
4.2.3. <u>Beitrag des Rundfunks zur Information der Patienten</u>	145
4.3. <u>Relative Bedeutung verschiedener Informations- quellen bei der Verbreitung der Kenntnis nicht- wissenschaftlicher Behandlungsmethoden (Fragen 16 (A), 17.2.)</u>	146
4.4. <u>Bedeutung der "Eigenen Erfahrung" als Informations- quelle (Frage 21.1.)</u>	149
4.5. <u>Zusammenfassung</u>	150
4.6. <u>Vergleichende Betrachtung des Informationsverhaltens der Probanden bei der Beschäftigung mit anderen Themen aus dem Bereich der Medizin</u>	152
4.6.1. <u>Beitrag verschiedener Informationsquellen zum Wissen der Patienten über allgemeine Gesundheitsfragen</u>	152
Benotung der wichtigsten Informations- quellen (Frage 42)	152
4.6.2. <u>Informationsverhalten im persönlichen Krank- heitsfall</u>	154
Wunsch der Patienten nach zusätzlicher In- formation (Frage 33.2.)	154
Art und Weise der Informationsbeschaffung (Frage 33.3.)	154
4.6.3. <u>Einschätzung der Bedeutung einzelner In- formationsquellen</u>	155

	Seite
Nennung der für die Patienten wichtigsten Informationsquelle (Frage 48)	155
Wunsch der Patienten nach einer Erweiterung des Informationsangebotes der Massenmedien (Frage 49)	156
5. Arzt-Patient-Verhältnis	157
5.1. <u>Bewertung der Informationsquelle "Hausarzt"</u>	158
Benotung des Beitrags der Hausärzte zum Wissen der Patienten über allgemeine Gesundheitsfragen (Frage 42)	158
Zufriedenheit mit der Information durch den Arzt bei Zweitkrankheiten (Frage 33.1.)	158
Über die Information durch den behandelnden Arzt hinausgehende Informationswünsche der Patienten (Frage 34.1.)	159
Rückfragen der Patienten bei unzureichender Unter- richtung durch den Arzt (Frage 34.1.1.)	159
Gründe für die Unterlassung von Rückfragen (Frage 34.1.1.2.)	159
5.2. <u>Eigenständige Gesprächsinitiativen der Patienten</u>	160
Gespräche über nicht die Patienten selbst be- treffende medizinische Probleme (Frage 47)	160
Zufriedenheit der Probanden mit den Auskünften des Arztes (Frage 47.1.)	160
Gründe, die die Patienten von Fragen an den Arzt, die nicht ihre eigene Gesundheit betreffen, ab- halten (Frage 47.2.)	161
5.3. <u>Schlußfolgerungen</u>	161

I. E I N L E I T U N G

In einer Zeit, in der die Zahl der Prozesse um Verstöße gegen die ärztliche Aufklärungspflicht sprunghaft gestiegen und weiterhin im Zunehmen begriffen ist und dieses Thema in regelmäßigen Abständen Schlagzeilen macht, fristet eine andere Form von Aufklärung des Patienten durch den Arzt noch immer ein von der Öffentlichkeit völlig unbeachtetes Schattendasein - die gründliche Unterweisung der Träger chronischer Krankheiten über Ätiologie, Pathophysiologie, Therapie und etwaige Komplikationen ihres Leidens.

Angesichts der großen sozialmedizinischen Bedeutung einiger weniger sogenannter Zivilisationskrankheiten (Adipositas, Hypertonus, Gicht, Hyperlipidämie und Diabetes mellitus), die ihrerseits wiederum zu Folgekrankheiten disponieren und den Hauptanteil der chronischen Krankheiten ausmachen, sowie der Tatsache, daß nur die genaue Kenntnis seines Leidens den Träger zu der gerade hier dringend nötigen Kooperation mit dem Arzt befähigt, erübrigt sich eine weitere Begründung der Forderung nach Entwicklung systematischer Schulungsmethoden, die gleichzeitig ein möglichst großes Patientenkollektiv erfassen können.

Zwar wird die Hauptlast der Patientenschulung und -führung auch weiterhin der behandelnde Arzt zu tragen haben, aber in der zu fordernden Ausführlichkeit jeden Patienten individuell zu beraten, würde seine zeitlichen Möglichkeiten bei weitem übersteigen und auch einen volkswirtschaftlich nicht vertretbaren Kostenfaktor darstellen.

Aus diesem Grunde muß nach anderen, rationelleren Wegen gesucht werden, solche Patienten zu unterweisen. Voraussetzung für die Entwicklung entsprechender Verfahren ist jedoch die Kenntnis von Wissensstand, Informations- und Gesundheitsverhalten der Zielgruppe.

Die vorliegende Studie galt der Untersuchung dieser Faktoren bei einem im folgenden noch näher zu definierenden Kollektiv von Diabetikern.

Da zu einer solchen Fragestellung bisher nur sehr wenige Arbeiten vorliegen, bestand ihre Hauptaufgabe in der "Sondierung des Terrains", d.h. durch Aufgliederung der Thematik in verschiedenste Fragestellungen ergiebige Ansatzpunkte für nachfolgende Untersuchungen ausfindig zu machen. Diese Zielsetzung führte zu der im nächsten Abschnitt erläuterten Formulierung der Erhebungspunkte.

Über ihre inhaltliche Funktion als Vorfeldstudie hinaus sollte die Arbeit auch der Entwicklung und Erprobung geeigneter Methoden (z.B. Stichprobenauswahl) zum formalen Ablauf derartiger, an den Bereich der empirischen Sozialforschung grenzender Aufgabenstellungen dienen. Deshalb wurde auch versucht, die von dieser wissenschaftlichen Disziplin erarbeiteten Prinzipien der Untersuchungsplanung und -durchführung zugrunde zu legen.

Obwohl aus den oben erwähnten Gründen versucht wurde, die Frage "Welche Gesichtspunkte sind bei der Erstellung eines Konzepts zur erfolgreichen Schulung chronisch kranker, im speziellen Fall an Diabetes mellitus leidender Patienten zu berücksichtigen?" unter möglichst vielen Aspekten zu beleuchten, war die Setzung von Schwerpunkten unvermeidbar, um die Arbeit trotz der Vielfalt der angeschnittenen Themen überschaubar und auswertbar werden zu lassen.

II. A U F G A B E N S T E L L U N G

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung folgender Themenkreise, die hier in Form von Programmfragen, so wie sie als Grundlage zur Erstellung des Fragebogens formuliert wurden, wiedergegeben werden:

1. Informationsstand

- 1.1. Wie hoch ist der Informationsstand des Patienten über Pathophysiologie, Therapie und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus?
- 1.2. Wie hoch schätzt er selbst seinen Wissensstand ein?
- 1.3. Nehmen aktive Mitwirkung des Patienten bei der Therapie und Interesse am aktuellen Krankheitsverlauf mit steigendem Informationsstand zu?
- 1.4. Nehmen Kenntnis und Anwendung sogenannter "Hausmittel" mit steigendem Informationsgrad des Patienten ab?

2. Allgemeines Gesundheitsverhalten

- 2.1. Wie groß ist das Interesse des Patienten am Bereich "Gesundheit" ganz allgemein?
- 2.2. Wie hoch schätzt er hier seinen Wissensstand ein?
- 2.3. Inwieweit läßt sich der Patient bei der Einnahme von Medikamenten von nicht-ärztlichen Einflüssen leiten?

3. Nicht-wissenschaftliche Behandlungsmethoden

- 3.1. Wie weit ist die Kenntnis nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden verbreitet?
- 3.2. Wie groß ist der Bekanntheitsgrad der einzelnen "Hausmittel"?
- 3.3. Wie häufig werden sie angewendet?
- 3.4. Wie schätzt der Patient ihre Wirkung ein?

4. Informationsverhalten

- 4.1. Aus welchen Quellen erhält der Patient nach eigener Einschätzung seine Informationen?
- 4.2. Welche Rolle spielen hierbei die Massenmedien, die "mündliche Überlieferung" und die Schulung von seiten des Arztes?
- 4.3. Gewinnt der Patient die Informationen über das ihn selbst betreffende Leiden "Diabetes mellitus" aus denselben Informationsquellen, deren er sich auch sonst bei der Beschäftigung mit Fragen aus dem Gesundheitsbereich bedient?

5. Arzt-Patient-Verhältnis

Kann der "Stammkunde" Diabetiker ein Vertrauensverhältnis zum Arzt aufbauen?

Begründung:

Folgende Überlegungen und Hypothesen lagen dieser Formulierung des Untersuchungsziels zugrunde:

zu 1. Informationsstand

Grundlage jeglicher therapeutischen Bemühung sollte eine möglichst weitreichende und intensive Schulung des Diabetikers sein. Nur wenn der Patient auch über die rein diätetischen Maßnahmen hinaus über Ursachen, Verlauf, Symptomatik und Komplikationen seiner Krankheit informiert ist und das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten kennt, kann der Arzt von ihm jene kooperative Mitarbeit erwarten, die gerade bei der Therapie des Diabetes mellitus eine entscheidende Rolle spielt. Außer bei sehr schweren Fällen wird die akute Symptomatik allein kaum eine ausreichende Motivation zu einer derart einschneidenden Änderung der Lebensgewohnheiten und strikten Einhaltung gewisser Regeln, die auf die Dauer den persönlichen Spielraum erheblich beeinträchtigen, darstellen. Die Patienten sind viel eher zu Kontrolluntersuchungen bereit, wenn sie selbst anhand der Daten den Krankheitsverlauf beurteilen können. Gerade aber mit dem Harnzuckerwert wissen viele Diabetiker nichts anzufangen. Weshalb also sollten sie zuhause Selbstkontrolle durchführen? Aus psychologisch nur zu vor-

ständlichen Gründen versuchen die Träger chronischer Leiden immer wieder, nach jedem Strohalm zu greifen und ihr Möglichstes an Zeit und Geld zu investieren, sobald sie eine Heilungschance zu erkennen glauben, sei sie auch noch so gering und unsicher. Die Schulmedizin bzw. der behandelnde Arzt als ihr Vertreter gegenüber dem Patienten distanziert sich zwar von diesen Methoden und weist den Patienten auf ihre völlige Nutzlosigkeit bzw. sogar die Gefahr von Gesundheitsschädigungen durch ihre Anwendung hin. Es stellt sich jedoch die Frage, ob eine naturwissenschaftliche Argumentation in diesem Falle überhaupt akzeptiert wird bzw. in wieweit eine gründliche Schulung hierauf Einfluß nehmen kann.

zu 2. Allgemeines Gesundheitsverhalten

Durch sein chronisches Leiden ist der Diabetiker viel häufiger als der Normalbürger direkt und indirekt (Wartezimmer des Arztes, Apotheke, Reformhaus) mit Gesundheitsproblemen konfrontiert. Somit taucht die Überlegung auf, ob und wie sich diese "Dauerberieselung" auf sein allgemeines Gesundheitsverhalten und sein Interesse an medizinischen Fragen auswirkt bzw. ob umgekehrt mit dem Informationsgrad und der Beschäftigung mit Gesundheitsproblemen das Bedürfnis wächst, die eigene Krankheit möglichst genau zu kennen. Daneben stellt sich auch die Frage nach einem eventuellen Zusammenhang zwischen Beeinflußbarkeit des Patienten bei der Einnahme von Medikamenten von nicht-ärztlicher Seite und Anwendung sogenannter "Hausmittel" bei der Diabetestherapie.

zu 3. Nicht-wissenschaftliche Behandlungsmethoden

Gegenläufig zur weiter zunehmenden Technisierung und Perfektionierung der Schulmedizin zeichnet sich - parallel der Entwicklung in vielen anderen Lebensbereichen - ein Trend zurück zu vorwissenschaftlichen Heilmethoden ab. Der behandelnde Arzt erfährt auf direktem Wege, spricht vom Patienten selbst, davon nur in den seltensten Fällen. Ein Blick auf die Werbeseiten der sogenannten "Regenbogenpresse" oder der Besuch von Reformhäusern oder Kräuterhandlungen lassen jedoch am Blühen des Geschäftes keine Zweifel aufkommen. Aus der Geschichte der Diabetestherapie ist leicht verständlich, warum gerade gegen diese Krankheit so viele "Hausmittel" angeboten werden. Zu wissen welche davon heute noch bekannt sind, ob und wie häufig sie ange-

wendet werden und wie die Patienten ihre Wirkung einschätzen, liefert dem Arzt, der fast immer im Gespräch mit dem Patienten von sich aus dieses Thema anschneiden muß, erst den notwendigen Informationshintergrund für eine solche Diskussion. Für die Gestaltung der Schulung ist auch entscheidend zu wissen, ob die Patienten entweder "Hausmittel" generell ablehnen oder bejahen oder ob sie unter dem Angebot feiner differenzieren, ob es "Favoriten" gibt, auf die man auf jeden Fall eingehen sollte und welches die wenig bekannten "Außenseiter" sind, deren Erwähnung einige Patienten eventuell nur verunsichern bzw. zum Ausprobieren dieser Methode anregen könnte.

zu 4. Informationsverhalten

Selbst Ärzte, die sich bei der Schulung ihrer Patienten sehr viel Mühe geben, müssen immer wieder erleben, daß als Resultat ihrer Bemühungen Patienten einige Zeit später auf die Frage: "Wieviele Broteinheiten essen Sie" antworten: "Ach, Brot eß ich sowieso nicht viel!" (51) Die erwiesenermaßen oft enttäuschenden Ergebnisse bei der Unterrichtung von Patienten werfen die Frage auf, ob die zur Verfügung stehenden Informationsmittel den Bedürfnissen des Patienten entsprechend eingesetzt werden bzw. ob man sich nicht in verstärktem Maße anderer als der bisher üblichen Methoden - Laienschriften, Unterweisung durch ein persönliches Gespräch mit dem Arzt - bedienen muß. Hinzu kommt, daß dem Arzt im Rahmen seiner sonstigen Aufgaben hierfür nur ein sehr geringer Zeitraum zur Verfügung steht. Nur aus der Kenntnis des Informationsverhaltens der Patienten kann eine gezielte Ausgestaltung und größere Effizienz der Schulungsbemühungen erwachsen.

zu 5. Arzt-Patient-Verhältnis

Die eminente Bedeutung der Persönlichkeit des Arztes und seines Verhältnisses zum Patienten für den Therapieerfolg - Balint spricht von der "Droge Arzt" - ist heute allgemein anerkannt. Der Diabetiker unterscheidet sich nun vom Durchschnittspatienten insofern, als er durch seine chronische Krankheit, die ihn zu regelmäßigen und häufigen Arztbesuchen zwingt, zum "Stammkunden" wird und dadurch sehr viel engeren und intensiven Kontakt zu "seinem" Doktor gewinnt. Die Art dieser Beziehung, der hierbei ablaufenden Übertragungen und

Gegenübertragungen, muß also zwangsläufig noch weit größeren Einfluß auf die Therapie gewinnen. Zudem ist eines der Grundelemente jeder Diabetestherapie die Führung des Patienten durch den Arzt. Von der Autorität des Arztes, von seiner Wirkung auf den Patienten, nicht zuletzt auch von seiner Anteilnahme am Schicksal des Patienten, ist ganz bestimmt ein Einfluß auf die Einhaltung der Diät zu erwarten. Aber ganz abgesehen von diesen nur der tiefenpsychologischen Betrachtung zugänglichen Interaktionen, die in einer Arbeit wie der vorliegenden nicht erfaßt werden können, ist mit dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, wenn möglich auf partnerschaftlicher Basis, ein entscheidender Schritt in Richtung auf erfolgreiche Therapie getan, die eben beim Diabetiker neben der Medikamentenverordnung als unverzichtbare Elemente die Diätberatung, intensive Schulung und psychische Führung beinhaltet.

III. M E T H O D E N

Soll eine wissenschaftliche Untersuchung an Stichproben den Rückschluß auf eine definierte Grundgesamtheit erlauben, so sind an die Untersuchungsmethodik einige unabdingbare Anforderungen zu stellen:

Sie muß gewährleisten, daß das Ergebnis für die Grundgesamtheit repräsentativ ist, nicht von der Erhebungsperson abhängt und mit den in der Realität vorliegenden Verhältnissen übereinstimmt. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, sollte die Untersuchung - soweit in der empirischen Sozialforschung möglich - in Form eines wissenschaftlichen Experimentes ablaufen. Für die vorliegende Aufgabenstellung, bei deren Bearbeitung das standardisierte Interview als Forschungsinstrument verwendet wurde, ergaben sich daraus folgende, bei der Versuchsplanung zu berücksichtigende Problemkreise:

1. Durch ein geeignetes Auswahlssystem die Zusammensetzung der Stichprobe der Grundgesamtheit anzugleichen.
2. Durch standardisierten Fragebogen und gleichbleibende Interviewtechnik dieselben Untersuchungsbedingungen für alle Probanden zu schaffen.
3. Mit Hilfe von Vorstudien und gemäß den Erkenntnissen der Umfrageforschung die Fragen so zu gestalten, daß sie geeignete Indikatoren für die zu untersuchenden Faktoren darstellten.
4. Die Fragen in eine Reihenfolge zu bringen, die sowohl befragungstechnischen (Ausstrahlungseffekt) als auch psychologischen (Motivation des Probanden) Gesichtspunkten Rechnung trägt.

Im Anschluß wird die Umsetzung dieser Forderungen in die Praxis des Vorgehens bei Stichprobenauswahl, Erstellung des Fragebogens und Durchführung der Interviews dargestellt und einer kritischen Betrachtung unterzogen:

1. Grundgesamtheit und Stichprobenauswahl

Befragt wurden 100 Patienten, die die Ambulanz der III. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing zur Diabeteskontrolle aufsuchten. Nicht in die Untersuchung eingeschlossen sind schwangere Patientinnen und Ausländer sowie Diabetiker, die die Sprechstunde zum ersten Mal aufsuchten oder erkennbar an schweren Spätschäden litten (Beinamputation, Blindheit) oder jünger als zwanzig Jahre waren.

Das Kollektiv, aus dem die Stichproben gezogen wurden, unterscheidet sich in den nachstehenden Kriterien vom Gesamtkollektiv der Diabetiker:

1. Es rekrutiert sich zum Großteil aus ehemals stationären Patienten der III. Medizinischen Abteilung, die während ihres Krankenhausaufenthaltes am einwöchigen Schulungsprogramm, das auf dieser Abteilung regelmäßig durchgeführt wird, teilnahmen, eine eingehende persönliche Diätberatung erhielten und Zugang zu einer großen Auswahl an Laienschriften über ihre Krankheit hatten.
2. Obwohl die Patientenverteilung im Schwabinger Krankenhaus über einen festgelegten Schlüssel erfolgt, findet dennoch eine Selektion insofern statt, als Problemfälle aller Art (Coma diabeticum, Schwangere, labiler Diabetes usw.) an die auf Stoffwechselkrankheiten spezialisierte Abteilung bevorzugt verwiesen werden.
3. Eine weitere Gruppe von Patienten kommt auf eigene Initiative zur ambulanten Behandlung oder wünscht ausdrücklich, auf eine Station der III. Abteilung gelegt zu werden. Einige Patienten klagen dabei über Widerstände von seiten des Hausarztes, der den Überweisungsschein ausstellen muß. Manche nehmen eine längere Anfahrtszeit in Kauf. Bei diesen Patienten darf mit einem erheblich höherem Interesse an Krankheitsverlauf und Therapie gerechnet werden, als es der durchschnittliche Diabetiker aufbringt.
4. Bei den vom behandelnden Hausarzt oder Internisten überwiesenen Diabetikern dürfte es sich zumindest bis zu einem gewissen Prozentsatz um irgendwie besonders gelagerte oder schwer ein-

stellbare Fälle handeln, da ja in der Regel die Praktiker die Diabetesüberwachung und -behandlung selbst übernehmen.

Daraus ergibt sich, daß die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nur auf das oben beschriebene Kollektiv bezogen werden können.

Aus diesem Grunde wurde ursprünglich erwogen, eine Vergleichsgruppe von 100 "durchschnittlichen", unausgewählten Diabetikern mitzuführen, die aus Patienten aller anderen Abteilungen des Schwabinger Krankenhauses gebildet worden wäre. Als Trennkriterium zwischen Test- und Vergleichsgruppe sollte die Frage dienen, ob der Proband jemals auf der III. Abteilung in Behandlung gestanden habe. Unter Berücksichtigung der der Untersuchung zugrundeliegenden Hypothesen und Fragestellungen (s. Analyse) wäre eine Übereinstimmung der beiden Kollektive zumindest in den Merkmalen

- Altersverteilung
- Geschlecht
- Schulbildung
- Diabetesdauer

als unabdingbare Voraussetzung für eine kausale Interpretation unterschiedlicher Ergebnisse zwischen den Gruppen zu fordern. Da dies unter den gegebenen Bedingungen nicht realisierbar war, mußte der Plan leider aufgegeben werden.

Nun zur Stichprobenauswahl, die nach der Random-Methode aus der am Anfang des Abschnitts definierten Grundgesamtheit erfolgte. Das praktische Vorgehen wird am anschaulichsten durch die Beschreibung eines Versuchstages dargestellt:

Die ambulante Diabetikersprechstunde der III. Abteilung des Schwabinger Krankenhauses findet jeden Mittwoch statt und dauert von 9.15 Uhr bis ca. 12.00 Uhr, wobei der größte Patientenansturm meist gegen 11.00 Uhr bewältigt ist. Kurz vor 7.00 Uhr treffen die ersten, bis ca. 10.30 Uhr die letzten Patienten ein, da die Ankunftszeit durch die der Beratung vorausgehende Harn- und Blutzuckeruntersuchung sowie Gewichtskontrolle und die einmal pro Jahr bei jedem Patienten durchgeführte Blutabnahme zur Bestimmung des Lipidspiegels limitiert wird. Die Patienten tragen sich bei ihrer Ankunft in eine bereits durchnummerierte Liste ein und werden anhand dieser Liste zu den einzelnen Untersuchungen aufgerufen. Die Zeit zwischen den vorausgehenden Untersuchungen und der eigentlichen Beratung ist zu kurz, um größere Besorgungen zu unternehmen. Dieser Umstand trug in entscheidender Weise zur Realisierbarkeit des Auswahlverfahrens bei, da die Patienten fast immer sofort anzutreffen waren und zeitraubende Zwangspausen, die die Methode empfindlich gestört hätten, somit entfielen.

Das erste Interview begann gegen 7.10 Uhr. Zu diesem Zeitpunkt waren im Durchschnitt zehn bis zwanzig Patienten anwesend. Anhand der Listennummern, die in fortlaufender Reihenfolge einer Zufallszahlentabelle zugeordnet wurden, wurde der Proband ausgewählt, auf den die höchste Zufallszahl entfiel. Da sich die Ankunft der Patienten ziemlich regelmäßig über den Vormittag verteilt, hatten sich beim Abschluß eines Interviews (durchschnittliche Dauer eines Interviews: 30 Minuten bei Extremwerten von 20 bis 50 Minuten) etwa 20 bis 30 weitere Diabetiker eingefunden, aus denen nach demselben System wieder eine Stichprobe gezogen wurde. Mit diesem Verfahren wurde die Ankunftszeit als möglicher Störfaktor eliminiert, da sich die Population, die am frühen Morgen in die Sprechstunde kommt, eventuell von der später eintreffenden unterscheidet. Außerdem nahmen auf diese Weise alle Untersuchungseinheiten pro Untersuchungstag nur einmal am Auswahlverfahren teil und hatten so die gleiche Wahrscheinlichkeit, in die Befragung einbezogen zu werden.

Fehlerquellen der Methode:

- Schwankende Größe der einzelnen Gruppen:

Besonders die erste Gruppe war stets um 5 bis 10 Personen kleiner als die übrigen. Dennoch mußte mit der Befragung so früh begonnen werden, da diese Patienten noch am ehesten Zeit hatten, sich zu entfernen und deshalb vor der um 8.00 Uhr beginnenden Blutabnahme möglichst bereits der zweite Proband feststehen sollte. Bei den späteren Gruppen machte sich dieser Störfaktor sehr viel weniger bemerkbar. Die meist etwa 100 Patienten, die an einem Tag die Ambulanz aufsuchten, verteilten sich auf 5 Untergruppen. Entsprechend fanden an einem Vormittag im Durchschnitt 5, abhängig von der Besucherzahl der Ambulanz auch 4 bzw. 6 Interviews statt.

- Verschiedene Häufigkeit des Aufsuchens der Ambulanz:

Dieser Störfaktor machte sich besonders in der Endphase der Befragung bemerkbar, als durch das Auswahlssystem einige Patienten, die bereits zu einem früheren Zeitpunkt befragt worden waren, erneut aufgerufen wurden. Hierbei handelte es sich durchwegs um Patienten, die die Sprechstunde mindestens einmal im Monat oder eventuell sogar noch häufiger aufsuchten. Auch bei Durchsicht der Krankenblätter zeigte sich, daß die Konsultationsfrequenz, würde man sie als Kurve aufzeichnen, zwei Gipfel bei relativ hohen bzw. niedrigen Werten aufweist und im Mittelteil ziemlich flach verläuft. Somit wurden durch die Methodik systematisch die Patienten, die die Ambulanz nur selten aufsuchen, benachteiligt, da die anderen durch häufigere Teilnahme an der Auswahlprozedur eine entsprechend höhere Chance hatten, dem Verfahren zugeteilt zu werden.

- Die Eigenschaft des zu untersuchenden Kollektivs, sich mit jeder Befragung durch das Ausscheiden des Befragten zu ändern (endliche Grundgesamtheit) konnte wie oben beschrieben, für den einzelnen Untersuchungstag durch Bildung von Untergruppen ausgeschaltet werden. Für das Gesamtkollektiv bestand sie zwar nach wie vor, dürfte jedoch in ihrer Bedeutung gegenüber den anderen Störfaktoren völlig zurücktreten.

Bei der Analyse der Untersuchungsergebnisse wäre diesen Einflüssen auf die Stichprobenauswahl gegebenenfalls insofern Rechnung zu tragen, als man die Hypothese überprüfen müßte, ob die Diabetiker mit der größeren Konsultationsfrequenz an Therapie und Verlauf ihrer Krankheit interessierter sind und dadurch die Werte zum Positiven hin verfälschen. Da die Konsultationshäufigkeit aber auch von vielen anderen Faktoren bestimmt wird (Zeitmangel, Wohnort, behandelnder frei praktizierender Arzt usw.) kann dieser Einwand bei der anschließenden Interpretation der Ergebnisse nicht berücksichtigt werden.

Stichprobenumfang:

Das Gesamtkollektiv setzte sich zusammen aus 1083 Diabetikern (Stand vom 29.8.1975). Bei einem Stichprobenumfang von 100 Patienten wurden also knapp 10 % der Grundgesamtheit erfaßt. Dazu kommen 13 Patienten, die im Laufe der Pilotstudie interviewt wurden.

Repräsentativität:

Nach Immich (21) sind streng zufällig gezogene Stichproben fast immer repräsentativ, sofern sie nicht größer sind als die Hälfte der Grundgesamtheit. Dann nämlich ist der Zufallsprozeß bei der Auswahl nicht mehr gewährleistet. Als ein Maßstab für die Repräsentativität einer Stichprobe kann gelten, inwieweit die Zusammensetzung der Grundgesamtheit nach Alter, Geschlecht und weiteren kennzeichnenden Merkmalen in der Stichprobe wiederkehrt.

Vergleicht man die bei dieser Untersuchung angesprochene Grundgesamtheit mit der Stichprobe, so ergibt sich folgendes Bild:

Tab. 1: Zusammensetzung von Grundgesamtheit und Stichprobe nach Alter und Geschlecht

	Grundge- samtheit ⁺	Stich- probe	Grundge- samtheit ⁺	Stich- probe
	Männer		Frauen	
Gesamt- zahl	451 = 42 %	45 = 45 %	632 = 58 %	55 = 55 %
Altersver- teilung				
20 - 39 Jahre	24 %	24 %	22 %	23 %
40 - 59 Jahre	34 %	36 %	24 %	20 %
älter als 59 Jahre	42 %	40 %	54 %	57 %

+ Dieser Überblick über die Grundgesamtheit konnte anhand der Krankenblätter der III. Medizinischen Abteilung gewonnen werden. In die Zählung einbezogen wurden alle Patienten, die mindestens 20 Jahre alt und auf deren Karten zwei und mehr Konsultationen eingetragen waren. Ausländer sind in die Berechnung nicht eingeschlossen, schwangere Frauen hingegen wurden mitgezählt, ebenso auch Patienten mit schweren Spätschäden, da die Aussonderung dieser Gruppen gemessen an ihrem Einfluß auf die Zusammensetzung der Grundgesamtheit eines zu großen Aufwandes bedurft hätte. Die Zahlen geben den Stand vom 29.8.1975 wieder. Ein Zuwachs der Patientenzahl während der Befragungszeit vom 1.10.1975 bis 17.3.1976 wird dadurch ungefähr ausgeglichen, daß Karten von Patienten, die länger als 1 Jahr nicht zur Sprechstunde erscheinen, aus der aktuellen Kartei, auf die sich die Zahlen beziehen, entfernt werden.

2. Erstellung des Fragebogens

In diesem Abschnitt wird versucht, eine Darstellung der Gesichtspunkte zu geben, die bei der Umsetzung des in Gestalt von Programmfragen vorliegenden Untersuchungszieles (vgl. II.) in den nachstehend abgedruckten Fragebogen berücksichtigt werden.

Datum:

Tagesnummer:

2. Geschlecht: männlich
weiblich

3. Seit wann sind Sie zuckerkrank? 1-2 Jahre
2-5 Jahre
länger als 5 Jahre

4. Wie wird Ihre Zuckerkrankheit behandelt? Diät
Tabletten
Insulin

5. Wie genau halten Sie sich an die vorgeschriebene Diät?
Bitte benoten Sie sich selbst mit Noten von 1 - 6!

6. Blutzuckerwerte

6.1. Können Sie mir Ihren letzten Blutzuckerwert nennen? ja
ungefähr
nein

6.2. Vergleich mit dem Diabetikerausweis: Angabe war richtig
ungefähr richtig
falsch

7. Harnzuckerwerte

7.1. Können Sie mir Ihren letzten Harnzuckerwert nennen? ja
ungefähr
nein

7.2. Vergleich mit dem Diabetikerausweis: Angabe war richtig
ungefähr richtig
falsch

8. Glauben Sie, daß Sie über Ihre Zuckerkrankheit ausreichend in-
formiert sind? ja nein^x weiß nicht^x

8.1. Warum sind Sie nicht genügend informiert? weiß nicht

+ Bei den mit einem Längsstrich gekennzeichneten Fragen wurden die Antwortmöglichkeiten dem Probanden nicht vorgelesen, sondern dienten nur der Erleichterung der Interviewarbeit, da sie die während der Vorstudie am häufigsten gegebenen Antworten enthielten. Selbstverständlich wurden bei diesen Fragen auch anderslautende Antworten berücksichtigt, die dann handschriftlich eingetragen wurden.

Die Kennzeichnung mit ^x bzw. ^{xx} bedeutet, daß bei der entsprechenden Beantwortung der Frage auch die Folgefragen gestellt wurden, während bei anderslautenden Antworten ausgekoppelt, d.h. zum nächsten Punkt übergegangen wurde.

9. Woher beziehen Sie Ihre Informationen? +

Bitte benoten Sie die folgenden Informationsquellen nach ihrer Wichtigkeit für Sie persönlich mit Noten von 1 - 6!

Hausarzt
Rundfunk
Bekannte
Verwandte

Schulungsprogramm
Presse
Apothekerzeitung

Fernsehen
Laienschriften
Apotheker

10. Wie häufig informieren Sie sich? bei jeder Gelegenheit
ab und zu
selten ^x
nie ^x

10.1. Warum informieren Sie sich nicht? keine Zeit
weiß genug
kein Interesse
begreife es nicht

11. Wann haben Sie das letzte Mal etwas über die Zuckerkrankheit gehört oder gelesen? letzte Woche
innerhalb der letzten 4 Wochen
vor 1 - 6 Monaten
liegt länger als 6 Monate zurück

12. Haben Sie als Diabetiker Informationen aus der Presse entnommen, die Ihnen Ihr Arzt nicht gesagt hat? ja ^x
nein
weiß nicht

12.1. Um welche Informationen handelte es sich hierbei?

12.2. Für wie wichtig halten Sie diese Informationen? sehr wichtig
weniger wichtig
unwichtig

13. Haben Sie von irgendeiner anderen Seite etwas über die Zuckerkrankheit gehört, was Ihnen Ihr Arzt nicht gesagt hat? ja ^x
nein
weiß nicht mehr

13.1. Was haben Sie gehört?

13.2. Woher stammt diese Information?

13.3. Haben Sie auf diese Information in irgendeiner Form reagiert? ja ^x
nein
weiß nicht

13.3.1. Wie haben Sie reagiert?

+ Bei der Nennung der Informationsquellen wurde auf Variation der Reihenfolge geachtet.

14. Nehmen wir an, Ihre Zuckerkrankheit würde jetzt erst entdeckt. Wo glauben Sie, nach Ihren bisher gemachten Erfahrungen, könnten Sie sich am ehesten schnell und gründlich informieren?

15. Sie selbst werden mit behandelt.

Welche Methoden, die Zuckerkrankheit zu behandeln, sind Ihnen noch bekannt?

Insulin Tabletten nur Diät Diät

16. Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe von mitunter empfohlenen Behandlungsmethoden aufzählen. Sie sagen mir dann bitte, ob Sie schon gehört haben, daß man die Zuckerkrankheit damit behandeln kann.

(A) (B) (C)

bekannt Informations- probiert Erfolg
ja^x / nein quelle ja / nein ja/nein/weiß
nich

- 16.1. Zwiebelsaft
- 16.2. Eierschalen
- 16.3. Bohnenschalente
- 16.4. Bohnensaft
- 16.5. Bohnendragees
- 16.6. Heidelbeersaft
- 16.7. Sauerkraut
- 16.8. Sauerkrautsaft
- 16.9. Haferstrohtee
- 16.10. Hefe
- 16.11. Vitamine
- 16.12. Blütenpollen
- 16.13. Akupunktur
- 16.14. Kakaoschalente
- 16.15. klarer Schnaps
- 16.16. Teufelskralle

17. Kennen Sie außerdem noch irgendein "Hausmittel", mit dem man die Zuckerkrankheit behandeln kann? ja^x
nein

17.1. Welches?

17.2. Woher haben Sie davon erfahren?

17.3. Haben Sie selbst es schon probiert? ja^x
nein

17.3.1. Hat es geholfen? ja
nein
weiß nicht

18. Glauben Sie, daß man die Zuckerkrankheit statt mit Insulin oder Tabletten auch mit einer der gerade aufgezählten Methoden behandeln kann? ja^x nein weiß nicht vielleicht^x

18.1. Haben Sie selbst schon Tabletten/Insulin/Diät durch eines dieser Mittel ersetzt? ja^x nein

18.1.1. Was haben Sie ersetzt? Tabletten
Insulin
Diät

18.1.2. Welche Methode haben Sie dabei angewendet?

| 19. Was tun Sie außer der Behandlung mit Tabletten oder Insulin noch gegen Ihre Zuckerkrankheit?

Sport bzw. schwere körperliche Arbeit
leichte körperliche Betätigung
Kur
Diät

20. Glauben Sie, daß Süßstoffe schädlich sind? ja^x
vielleicht^x
nein
weiß nicht

20.1. Woher haben Sie diese Information?

20.2. Wie wirken sie Ihrer Ansicht nach? krebserzeugend

21. Halten Sie die Tabletten*, die es gegen die Zuckerkrankheit gibt, für schädlich? ja^{*}

vielleicht^x
nein
weiß nicht

| 21.1. Woher haben Sie diese Information? eigene Erfahrung
Bekannte

| 21.2. Welche Art von Schäden sind Ihnen bekannt? Leberschäden
Magenschmerzen
Übelkeit
Durchfall

21.3. Wissen Sie, welches Präparat diese Wirkungen hat?

22. Kennen Sie das Diabetes-Journal? ja^x
nein

| 22.1. Wo haben Sie es kennengelernt? Prof. Mehnert^x
kenne nur den Namen

22.1.1. Wie häufig lesen Sie diese Zeitschrift? regelmäßig^x
häufig^x
ab und zu^x
selten^x
nie^{xx}

x| 22.1.1.1. Wie erhalten Sie das Diabetes-Journal? Abonnement
kauft es
liegt bei Prof. Mehnert aus^x
bekommt es von Bekannten^x

xx| 22.1.1.2. Warum lesen Sie das Diabetes-Journal nicht?
unverständlich wegen der vielen Fremdwörter
kein Interesse
keine Zeit
weiß bereits genug
weiß nicht, wo ich es bekommen kann

x|22.1.1.1.1. Warum kaufen Sie sich das Diabetes-Journal nicht?
hält es nicht für nötig
zu teuer
zu umständlich zu kaufen
weiß nicht, wo man es kaufen kann

22.1.1.3. Wie beurteilen Sie das Diabetes-Journal?
Inhalt gut verständlich
Inhalt schwer verständlich
sehr informativ
könnte besser sein

Können Sie Ihre Kritik näher erläutern?

23. Strahlenbehandlung

23.1. Haben Sie schon von einer Strahlenbehandlung der Zucker-
krankheit gehört? ja nein

|23.2. Wie sehen Sie den Erfolg einer solchen Behandlung?
der Diabetes wird geheilt
der Diabetes wird gebessert
glaubt nicht an einen Erfolg
weiß nicht

24. Künstliche Bauchspeicheldrüse

|24.1. Ist Ihrer Ansicht nach in Deutschland eine Möglichkeit ge-
geben, die Zuckerkrankheit mit einer künstlichen Bauchspeichel-
drüse zu behandeln?
ja
in Deutschland nicht, aber in den USA
jetzt noch nicht, aber in der Zukunft
nein
weiß nicht

|24.2. Wo haben Sie davon gehört?

|24.3. Wie stellen Sie sich die Behandlung vor?
Implantation
ähnlich wie bei der künstlichen Niere
produziert Insulin
speichert Insulin und schüttet es nach Bedarf aus
kontrolliert den Blutzucker
glaubt nicht an diese Möglichkeit
keine Vorstellung

|24.4. Glauben Sie, daß die Zuckerkrankheit dann geheilt ist?
ja
nein
weiß nicht
zusätzliche therapeutische Maßnahmen nötig

|25. Nehmen wir einmal an, Sie haben Ihre Diät nicht genau einge-
halten. Kann man diesen Diätfehler dadurch ausgleichen, daß man
die Tabletten- oder Insulindosis ändert?
man kann die Insulindosis ändern
man kann die Tablettendosis ändern
nur in Ausnahmefällen, auf die Dauer ist das nicht möglich
man darf die vorgeschriebene Dosis auf keinen Fall ändern
weiß nicht

26. Sehen Sie überhaupt die Notwendigkeit, daß Ihre Zuckerkrankheit behandelt wird? ja^x
nein^{xx}
weiß nicht^x

x|26.1. Warum muß Ihrer Ansicht nach die Zuckerkrankheit behandelt werden?
Verschlechterung des Allgemeinzustandes
Gefahr des Komas
Verhütung von Spätschäden
weil Spezialisten der Ansicht sind, das müßte so sein
weil man sonst nicht weiß, ob der Zucker steigt oder fällt

xx|26.2. Warum halten Sie es nicht für nötig, die Zuckerkrankheit zu behandeln?
weil der Zucker auch bei Behandlung nicht sinkt
weil ich mich vorher auch nicht anders gefühlt habe
weil ich dadurch in meiner Lebensführung nicht mehr frei bin

27. Haben Sie schon einmal von den Spätschäden der Zuckerkrankheit gehört? ja^x
ja^x
nein^{xx}
weiß nicht^{xx}

x|27.1. Können Sie Spätschäden nennen? an den Augen
an den Nieren
an den Gliedmaßen
an den Nerven
Durchblutungsstörungen
schlechte Wundheilung

xx 27.2. Können Sie sich darunter irgendetwas vorstellen? ja^x
ja^x
nein
weiß nicht

27.2.1. Was stellen Sie sich darunter vor?

28. Kennen Sie den deutschen Diabetiker-Bund? ja^x
nein

28.1. Sind Sie Mitglied in diesem Bund? ja^x
nein^{xx}

x 28.1.1. Weshalb sind Sie eingetreten?

x 28.1.2. Welche Vorteile bringt Ihnen die Mitgliedschaft?

xx|28.1.3. Warum sind Sie nicht Mitglied?
halte es nicht für notwendig
weiß nicht, wie man dort Mitglied wird
das ist mir zu umständlich
ich bin bei meinem Arzt in guten Händen
ich habe erst im Krankenhaus davon erfahren
weiß nicht

30. Waren Sie früher schon einmal ernsthaft krank? ja^x
ja^x
als Kind
nein
weiß nicht

30.1. Woran waren Sie erkrankt?

31. Wissen (wußten) Sie genauer über Ihre Erkrankung Bescheid?
ja^x → 33.
ungefähr^x → 33.
nein^{xx} → 34.
weiß nicht^{xx} → 34.
32. Wollen (wollten) Sie eigentlich genauer Bescheid wissen?
ja^x
nein^{xx}
weiß nicht^{xx}
- x | 32.1. Warum wollten Sie Genaueres wissen?
Wissen um die Folgen
persönliche Konsequenzen für die Zukunft
Wunsch nach Information
- xx | 32.2. Warum wollten Sie nicht genauer Bescheid wissen?
würde es sowieso nicht verstehen
kein Interesse
Angst, zuviel zu wissen
- x 33. Sie sagen, Sie wüßten über genauer Bescheid. Woher stammen (stammten) Ihre Informationen?
- | 33.1. Hat Ihr Arzt Sie informiert? ja, sehr genau
ungefähr
sehr wenig
nein
weiß nicht
- 33.2. Haben Sie sich selbständig von anderer Seite informiert?
- 33.3. Stießen Sie zufällig auf die Information oder haben Sie be-
wußt danach gesucht? zufällig
gesucht
weiß nicht
- xx 34. Woran liegt (lag) es, daß Sie nicht genauer Bescheid wissen (wußten)?
- | 34.1. Haben (hatten) Sie das Gefühl, der Arzt hätte Ihnen mehr er-
zählen sollen? ja^x
Konkreteres^x
nein
weiß nicht
- x 34.1.1. Haben Sie ihn genauer befragt? ja^x
nein^{xx}
- x | 34.1.1.1. Warum glauben Sie, hat er Ihnen nicht mehr gesagt?
aus Zeitmangel
schlechte Prognose
meint, ich würde es nicht verstehen
- xx | 34.1.1.2. Warum haben Sie ihn nicht genauer befragt?
hatte nicht den Mut dazu
der Arzt hat zu wenig Zeit
ich würde es nicht verstehen
Angst vor der Diagnose
- 35a. Achten Sie ganz allgemein auf Ihre Gesundheit?
Bitte bewerten Sie Ihr Verhalten mit Noten von 1 bis 6.

- 35b. Sind Sie ganz allgemein, auch wenn Sie gesund sind, an Informationen über medizinische Probleme interessiert?
 sehr interessiert
 mäßig interessiert
 nur interessiert, wenn ich selbst krank bin
 grundsätzlich nie interessiert
 weiß nicht
36. Welche Zeitschriften lesen Sie? Tageszeitung
 Illustrierte
 Fernsehzeitschrift
37. Lesen Sie auch die Werbung in diesen Zeitungen? regelmäßig
 häufig
 ab und zu
 selten
 nie
38. Haben Sie bereits irgendein "Medikament", das dort angeboten wurde, gekauft? mehrmals x
 einmal x
 noch nie
- x 38.1. Was haben Sie bestellt?
- 38.2. Hat es geholfen? ja
 nein
 weiß nicht
 habe es nicht probiert
39. Lesen Sie auch die Artikel über Gesundheitsfragen?
 sehr interessiert
 mäßig interessiert
 kaum interessiert
 nicht interessiert
40. Kennen Sie eine Zeitschrift, die sich nur mit Gesundheitsproblemen befaßt? ja^x
 nein
- x 40.1. Können Sie mir den Titel nennen?
- 40.2. Lesen Sie diese Zeitschrift? regelmäßig
 häufig
 ab und zu
 selten
 nie
41. Kennen Sie ein Buch, das sich nur mit Gesundheitsfragen beschäftigt? ja^x
 nein
- x 41.1. Können Sie mir den Titel nennen? nein
 Gesundheitslexikon
- 41.2. Besitzen Sie ein solches Buch? ja^x
 nein
- x 41.2.1. Lesen Sie auch darin? regelmäßig
 häufig
 ab und zu
 selten
 nie

- 42.⁺ Bitte benoten Sie die aufgeführten Informationsquellen nach ihrer Wichtigkeit für Sie persönlich mit Noten von 1 bis 6.
- | | | |
|----------|------------------|----------------|
| Hausarzt | Presse | Fernsehen |
| Rundfunk | Apothekerzeitung | Laienschriften |
| Bekannte | Verwandte | Apotheker |

+ vgl. Frage 9

43. Können Sie einige Themen aus dem Bereich der Medizin aufzählen, über die Sie in letzter Zeit etwas gehört oder gelesen haben?
- ja^x
nein

x|43.1. Welche? Akupunktur
Herz, Kreislauf
Krebs

44. Gibt es Themen, die Ihnen immer wieder begegnen? ja^x
nein
weiß nicht

x|44.1. Welche? Akupunktur
Herz, Kreislauf
Krebs

- 44.2. Wie gut glauben Sie, über diese Themen informiert zu sein?
gut
weniger gut
schlecht

45. Hat eine solche Information Sie schon einmal zu einem Arztbesuch angeregt? ja^x
nein
weiß nicht

x 45.1. Warum?

46. Haben Sie aufgrund einer solchen Information schon einmal ein neues Medikament ausprobiert? ja^x
nein
weiß nicht

x 46.1. Welches?

47. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt auch manchmal über Probleme, die nicht speziell Ihre eigene Gesundheit betreffen? ja^x
nein^{xx}
weiß nicht

x 47.1. Geht er auf Ihre Fragen ein? ausführlich
nur sehr flüchtig
nein
weiß nicht

xx|47.2. Warum haben Sie ihn noch nie gefragt?
kein großes Interesse an diesen Problemen
Arzt hat keine Zeit
kein Mut
begreife es sowieso nicht
weiß nicht

48. Woher beziehen Sie die meisten Ihrer Informationen?

49. Sollten die Massenmedien - also Presse, Rundfunk und Fernsehen - Ihrer Ansicht nach noch mehr medizinische Fragen aufgreifen?
ja
nein
weiß nicht

50. Darf ich Sie nach Ihrem Alter fragen?
 20 - 39 Jahre
 40 - 59 Jahre
 ab 60 Jahre
51. Wie groß sind Sie?
52. Wieviel wiegen Sie?
53. Wohnen Sie alleine? ja
 nein^x
- x 53.1. Wer lebt noch mit Ihnen? Eltern Freundin
 Familie Altersheim
 Kind Geschwister
 Freund
54. Wo wohnen Sie? Stadt
 ländliche Gegend
55. Darf ich Sie nach Ihrem Schulabschluß fragen?
 Volksschule
 Mittlere Reife
 Abitur
56. Darf ich Sie nach Ihrem Beruf fragen?
57. Darf ich Sie nach Ihrer Krankenkasse fragen?

2.1. Formulierung der Testfragen:

Während die Programm- oder Beweisfragen die Aufgabenstellung für den Untersucher festlegten (vgl. II.), fungierte die Testfrage als Indikator zur Klärung ebendieser Aufgabenstellung und wurde, nachdem ihre endgültige Formulierung mit Hilfe von Vorstudien festgelegt war, jedem Probanden im gleichen Wortlaut verlesen. Bei den Tatsachenfragen erübrigte sich natürlich dieser Umsetzungsprozeß (z.B. Nr. 3, 50, 51, 52).

Meist war das durch eine Programmfrage ausgedrückte Untersuchungsziel nicht in eine einzige Testfrage zu fassen, sondern bedurfte einer ganzen Reihe von Fragen. Dadurch wurde das oft komplexe Problem in einzelne Aspekte zerlegt und in aufgegliederter Form dem Probanden präsentiert. Auf diese Weise sollten ungenaue, einseitige oder fehlerhafte Ergebnisse und leichtfertige Interpretationen, die nur auf einem Indikator beruhen, vermieden werden.

Im folgenden sind die wichtigsten Grundsätze, nach denen bei der Formulierung der Fragen für diese Arbeit vorgegangen wurde, genannt:

1. Die Fragen sollten für alle Mitglieder des angesprochenen Personenkreises "passend" sein:
 - Schwierige grammatikalische Konstruktionen wurden vermieden, ebenso Fremdwörter. Ziel war eine weitgehende Annäherung an die Alltagssprache und die möglichst konkrete Darstellung der angesprochenen Probleme. Als Gegenbeispiel kann die Frage Nr. 14⁺ dienen, die offenbar zu abstrakt formuliert war, so daß gerade Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau sehr oft um nähere Erläuterung baten.
 - Unterschiede in Wissensstand, sprachlicher Ausdrucksfähigkeit, Erinnerungsvermögen und Ermüdbarkeit sollten berücksichtigt werden.
 2. Die Fragestellung sollte unmißverständlich sein und eindeutig einen Bezugsrahmen festlegen.
 - Auch hierfür kann Frage Nr. 14 als Negativbeispiel dienen: Antwortmöglichkeiten waren im Prinzip alle in Punkt 9 aufgeführten Informationsquellen. Da diese jedoch den Patienten nicht vorgegeben waren (und von Interviewseite bei Rückfragen eine möglichst nicht über den Rahmen der Frage hinausgehende Erläuterung gegeben wurde, um die Untersuchungsbedingungen für alle Probanden
- + 14. Nehmen wir an, Ihre Zuckerkrankheit würde jetzt erst entdeckt. Wo glauben Sie, nach Ihren bisher gemachten Erfahrungen, könnten Sie sich am ehesten schnell und gründlich informieren?

konstant zu halten), reduzierten bis auf zwei Ausnahmen alle Patienten das Spektrum der Antwortmöglichkeiten auf eine Auswahl unter verschiedenen Ärzten. Somit konnte diese Frage ihrer Funktion im Gesamtkonzept der Untersuchung, nämlich zu ermitteln, welche der zur Verfügung stehenden Informationsquellen die für den Patienten letztendlich wichtigste war, nicht gerecht werden.

3. Eine suggestive Wirkung sollte möglichst vermieden werden.

- Nicht-neutral oder suggestiv sind nach König (25) Fragen dann, wenn sie "... jenseits der an sich bestehenden Reaktionsneigungen des Befragten die Wahl einer bestimmten Antwortkategorie nahelegen", wobei Suggestion erfolgen kann durch Verwendung nicht neutraler, emotionell positiv oder negativ geladener Termini (z.B. "Wundermittel" statt "mitunter empfohlene Behandlungsmethoden" bei Frage 16 und 17), durch die Abgrenzung des Bezugsrahmens (z.B. absichtliche Beschränkung des Bezugsrahmens auf ärztliche Information) oder durch Vorgabe von Antwortmöglichkeiten.

2.2. Technische Fragenformen:

Wissenschaftliche Erkenntnisse über den Einfluß der Fragenform auf das Untersuchungsergebnis liegen bisher nicht vor. Dennoch kann als gesichert gelten (25), daß die Häufigkeit der Erwähnung eines Sachverhaltes in der Antwort abnimmt von der geschlossenen (Angebot von alternativen Antwortmöglichkeiten) über die Auswahlfrage (vom Prinzip her geschlossen, der Spielraum wird erweitert durch das Hinzufügen von Zwischenkategorien) und am geringsten ist bei der offenen Frage (keinerlei Vorgabe von Antwortmöglichkeiten).

Im Gesamtkonzept eines standardisierten Fragebogens haben alle drei Fragentypen ihre Berechtigung und werden eingesetzt in Abhängigkeit von den Erwartungen an Informationsgehalt und Aussagekraft der Antworten und vom Stadium der Hypothesenbildung, d.h. von bereits vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen über den jeweiligen Sachverhalt. Der nachfolgende kurze Abriß soll als Ersatz für die eingehende Besprechung der einzelnen Fragen dienen, die in diesem Rahmen zu weit führen würde.

- Die streng geschlossene Frage (Alternativfrage, Spezialfrage,⁺ z.B. Nr. 22)

Sie stellt das Vorkommen einer Eigenschaft fest. Ihre Gefahren liegen hauptsächlich in der oft nur scheinbaren Klarheit und Definitivität der Ergebnisse als Folge einer Reduktion von Sachverhalten auf Gegensatzpaare. Außerdem erlaubt sie keine Kontrolle darüber, ob auch Befragte bei freier Entscheidungsmöglichkeit dieselbe Strukturierung

+ 22. Kennen Sie das Diabetes-Journal? ja^x
nein

des Sachverhaltes mit entsprechender Alternativenbildung vorgenommen hätte. Ihr Anwendungsfeld liegt somit bevorzugt in der Überprüfung von Hypothesen in einem relativ späten Stadium der Forschung. Daneben wird, wie auch bei dieser Untersuchung, das Gros der Tatsachenfragen in dieser Form gestellt.

- Die Auswahlfrage ^{+(z.B. Nr. 9)}

Diese Fragenform erlaubt zusätzlich Aussagen bezüglich der relativen Bedeutung eines Sachverhaltes. Die Antwortkategorien stellen entweder Nominal- oder Ordinalskalen dar, während das Genauigkeitsniveau der Intervallskala nur in den wenigsten Fällen erreicht werden dürfte. Auch den Skalen dieser Untersuchung wird nur der Interpretationswert der Ordinalskala zugemessen. Besonders bei der Aufstellung von Nominalskalen ergibt sich das Problem, einerseits den Patienten durch die Vorgabe zu komplizierter oder zu zahlreicher Antwortmöglichkeiten nicht zu verwirren und andererseits Fehler durch Einseitigkeit, Suggestivität, unzureichende Kenntnis des Problems und damit Auslassung bestimmter Gesichtspunkte zu vermeiden. Da auf der Grundlage der bei der Ausarbeitung der Fragen verfügbaren Forschungsergebnisse eine definitive Festlegung auf bestimmte Hypothesen weder zu rechtfertigen war noch ratsam erschien, wurde bei der Erstellung des Fragebogens auf die Vorgabe komplexer Alternativen im Sinne der Nominalskala verzichtet. (In diese Kategorie würden alle mit Längsstrich gekennzeichneten Fragen fallen, sofern die Alternativen den Befragten bekanntgegeben worden wären.)

- Die offene Frage

Sie wird vor allem zur "Gewinnung von Neuland" eingesetzt, d.h. solange zu einem Problem nur spärliche Forschungsergebnisse vorliegen (⁺Nr. 17.1.). Daneben dient sie der Überprüfung des Wissensstandes über ein bestimmtes Gebiet oder der Aktualität von Themen (⁺Nr. 27.1. bzw. 43) und ist als "Warum-Frage" ein wichtiges Element der Motivationsforschung (⁺Nr. 22.1.1.2.). Die Zuverlässigkeit der Ergebnisse wird bei dieser Frageform stark beeinträchtigt sowohl von Interviewseite (Erwartetes wird eher registriert als Unerwartetes, durch das Notieren erfolgt eine zusätzliche Selektion) als auch im Besonderen durch die hohen Anforderungen, die an Offenheit, sprachliche Ausdrucksfähigkeit, Reflexions-, Introspektions- und Erinnerungsvermögen der Befragten gestellt werden. Ihrer Funktion gemäß sind gerade diese Fragen oft vieldeutig, ohne festen Bezugsrahmen. Da sie ein weitgefächertes Stimulusfeld darbieten sollen, muß naturgemäß

+ 9. Woher beziehen Sie Ihre Informationen? Bitte benoten Sie die aufgeführten Informationsquellen nach ihrer Wichtigkeit für Sie persönlich mit den Noten von 1 bis 6.

17. Kennen Sie außerdem noch irgendein "Hausmittel", mit dem man die Zuckerkrankheit behandeln kann? ja^x nein

17.1. Welches?

27.1. Können Sie Spätschäden nennen?

43. Können Sie einige Themen aus dem Bereich der Medizin aufzählen, über die Sie in letzter Zeit etwas gehört oder gelesen haben?
ja^x nein

43.1. Welche?

22.1.1.2. Warum lesen Sie das Diabetes-Journal nicht?

mit unvollständiger, multidimensionaler Beantwortung gerade der "guten" Fragen gerechnet werden. Der große Vorteil dieser Fragenform liegt darin, daß Hypothesen oder im Unbewußten vorgefaßte Meinungen des Forschers die Antworten nicht verzerren können und daß sie die Möglichkeit überraschender Einsichten offenhalten.

Die nachstehende Analyse wird sich mit der beschränkten Aussagekraft der vielen Motivationsfragen, die der vorliegende Fragebogen enthält, auseinandersetzen haben. Trotz aller eben angeführten Einwände bestand jedoch kein Anlaß, auf sie zu verzichten, denn sie sollten ja keine "harten" Daten liefern, sondern vielmehr die ersten groben Umrisse in eine noch großteils weiße Landkarte zeichnen.

2.3. Gesamtkonzept des Fragebogens:

Nach E. Noelle (35) bestimmt der Fragebogen die "Dramaturgie des Interviews". R. König (25) fordert "eine psychologisch richtige statt einer logisch richtigen Fragenfolge." Er unterscheidet bei der Anordnung der Fragen zwischen Problemen der Mikro- und solchen der Makroplanung.

2.3.1. Grundsätzliches zur Mikroplanung:

- Halo-Effekt: +Dieser Begriff steht für das Faktum, daß jede Frage den Bezugsrahmen für die Beantwortung der folgenden setzt und somit nicht als isolierter Stimulus aufgefaßt werden darf. Diese Ausstrahlung macht sich besonders dann störend bemerkbar, wenn durch die Fragestellung gewonnene Erkenntnisse oder das Bemühen des Probanden um Widerspruchslosigkeit seiner Aussagen in die späteren Antworten eingehen. Durch geeignete Platzierung (Dazwischenschalten anderer Themen, besonders emotionaler Stimuli) kann dieser Effekt abgemildert werden, er nimmt jedoch mit steigender Fragenzahl zum selben Thema unvermeidbar zu. Als Beispiel aus dem Fragebogen die Nr. 42 und 48. Frage 48 sollte als Kontrollfrage prüfen, welches Informationsmedium für den Patienten nun tatsächlich das wichtigste ist. Durch die Einfügung zu einem späteren Zeitpunkt war zu hoffen, daß der Patient seine Antwort spontan geben und nicht von der Erinnerung an die bei Frage 42 vergebenen Bewertungen abhängig machen würde.

- + 42. Bitte benoten Sie die aufgeführten Informationsquellen nach ihrer Wichtigkeit für Sie persönlich mit den Noten von 1 bis 6.
- 48. Woher beziehen Sie die meisten Ihrer Informationen?

- Trichtern und umgekehrtes Trichtern: Von einer ziemlich allgemein gehaltenen Fragestellung ausgehend wurde der Proband im Laufe einer Fragenbatterie zu immer detaillierteren Äußerungen veranlaßt. Sogenannte Filterfragen schalteten dabei die nicht-betroffenen Personenkreise aus. Den Abschluß solcher Serien bildeten meist die Motivationsfragen (z.B. Nr. 22 oder *28). Beim umgekehrten Trichtern lief der Vorgang in entgegengesetzter Richtung ab. Hierbei sollte der Proband anhand eines konkreten Beispiels in eine allgemeinere Problemstellung eingeführt werden (z.B. *Nr. 15-18).
- Einleitungs- und Übergangsfragen: Ihre Funktion bestand in der Schaffung eines Bezugsrahmens, der Trennung von Fragen- und der Motivierung der Befragten zur Fortsetzung des Interviews (z.B. durch Rückführung des Gesprächs auf die persönliche Problematik wie bei der Einleitung der Frage 15⁺, auf die hin fast immer eine "Aufwachreaktion" mit spürbar gestiegenem Interesse und freudigerer Bereitschaft zur Beantwortung der folgenden Fragen zu beobachten war).

2.3.2. Grundsätzliches zur Makroplanung:

- Wechsel von monotonen mit unterhaltsamen, von emotionales Engagement fordernden mit der Wissensprüfung dienenden oder Urteil und Rat des Probanden einholenden Fragen.
- Placierungseffekt: Ein dem Halo-Effekt der Mikroplanung analoges Phänomen.

+ 28. Kennen Sie den deutschen Diabetiker-Bund? ja^x nein
28.1. Sind Sie Mitglied in diesem Bund? ja^x nein^{xx}

x 28.1.1. Weshalb sind Sie eingetreten?

x 28.1.2. Welche Vorteile bringt Ihnen die Mitgliedschaft?

xx 28.1.3. Warum sind Sie nicht Mitglied?

15. Sie selbst werden mit ... behandelt.
Welche Methoden, die Zuckerkrankheit zu behandeln, sind Ihnen
noch bekannt?

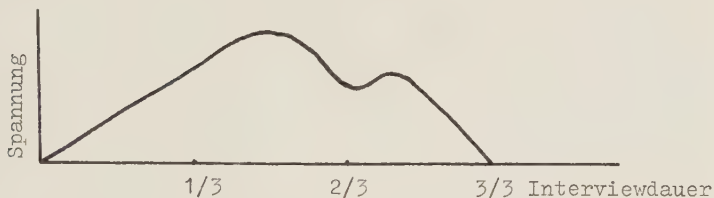
16. Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe von mitunter empfohlenen Behandlungsmethoden aufzählen. Sie sagen mir dann bitte, ob Sie schon gehört haben, daß man die Zuckerkrankheit damit behandeln kann.

17. Kennen Sie außerdem noch irgendein "Hausmittel", mit dem man die Zuckerkrankheit behandeln kann?

18. Glauben Sie, daß man die Zuckerkrankheit statt mit Insulin oder Tabletten auch mit einer der gerade aufgezählten Methoden behandeln kann?

- Spannungskurve: Nach König (25) existiert als eigenständige Dimension unabhängig vom konkreten Inhalt des Interviews eine "Spannungskurve der Aufmerksamkeit des Befragten, seiner Bereitschaft zum emotionalen Engagement an Themen und der Intensität seiner Reaktionen", die etwa den skizzierten Verlauf zeigt (Skizze 1):

Skizze 1:



- 2.3.3. In der Konsequenz ergab sich eine Dreiteilung des Fragebogens, wie sie auch in der Literatur und bei den meisten Umfragen realisiert wird:
 Die Einleitung sollte den Probanden zum Interview motivieren, durfte also weder zu trockere und langweilige noch zu anspruchsvolle Fragen enthalten. Sie diente der "Anamneseerhebung" und vermittelte dadurch dem Patienten das Gefühl, er selbst und seine Problematik stünden im Mittelpunkt des Interesses. Damit wurde auch der Erwartungshaltung des Probanden Rechnung getragen, die ja zur Diabetessprechstunde in das Schwabinger Krankenhaus gekommen waren und nicht zu einem Interview über Probleme der Diabetikeraufklärung.
- Der Hauptteil begann vom Inhaltlichen her gesehen mit Frage 5⁺, für den Patienten erkennbar jedoch erst mit Frage +8. Es würde den Rahmen dieser Methodendarstellung sprengen, hier alle Gedankengänge nachzuvollziehen, die zu der im Vorspann abgedruckten, endgültigen Form des Fragebogens führten. Zur Erklärung des Grundprinzips deshalb nur einige Beispiele:
 Da das Urteil des Probanden über seinen Informationsstand nach Beantwortung der vielen speziellen Fragen zum Thema "Diabetes" durchaus anders hätte ausfallen können als vor der Konfrontation mit den eigentlichen Wissensfragen, stand Frage +8 ganz zu Beginn des Interviews (Halo-Effekt, Plazierungseffekt).
 Die monotone Fragebatterie +16, die das Halbdunkel der "Hausmittel" zu durchdringen versucht, strapazierte Erinnerungs-

+ 5. Halten Sie Diät?

8. Glauben Sie, daß Sie über Ihre Zuckerkrankheit ausreichend informiert sind?

16. Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe von mitunter empfohlenen Behandlungsmethoden aufzählen. Sie sagen mir dann bitte, ob Sie schon gehört haben, daß man die Zuckerkrankheit damit behandeln kann.

Urteils- und Konzentrationsvermögen und nicht zuletzt die Bereitschaft des Patienten (denn diese Rolle behält er leider in der Interviewsituation bei) offen über ein von der Schulmedizin und damit auch vom Interviewer (der ihm durch die gegebenen äußeren Umstände als deren Vertreter erscheinen muß) negativ bewertetes Verhalten Auskunft zu geben. Diesen ungünstigen Ausgangsbedingungen für eine ausführliche und ehrliche Beantwortung sollten folgende Maßnahmen entgegenwirken:

- Platzierung am Ende des ersten Drittels des Fragebogens, also zur Zeit der maximalen Aufmerksamkeit.
- positive Motivierung durch die Einleitung zu Frage 15
- Wahl neutraler Termini und erste Erwähnung dieses heiklen Themas im Rahmen der Beantwortung der Fragen +12 und 13.
- Gegenläufige Suggestion durch Frage +15, die aus diesem Grund direkt davor postiert wurde. Die Erwähnung der "mitunter empfohlenen Behandlungsmethoden" im Anschluß an die Frage nach den "offiziellen Behandlungsmethoden" sollte als positive Assoziation den vielfältigen negativen Assoziationen und aus Prestige Gründen zu erwartenden Hemmungen der Antwortfreudigkeit des Patienten gegenüberstehen. Die Erwartung, daß manche Patienten von sich aus bei der neutralen Frage 15 Hausmittel angäben, erfüllte sich nicht.

Der Hauptteil klang aus mit der Frage +49, die das Urteil des Probanden zu einer keine Wertung über seine Person bzw. sein Wissen erlaubenden Sache einholt, und somit geeignet erschien, die starke, im Verlauf eines jeden Interviews entstehende psychische Anspannung zu lösen und ihm zusätzlich durch Hebung seines Selbstwertgefühls (man fragt ihn, also kann er nicht ganz versagt haben) eine angenehme Erinnerung an das Interview zu verschaffen. Dann folgten nur noch demographische Fragen, zu deren Beantwortung eine konzentrierte Aufmerksamkeit nicht mehr erforderlich war.

Anstelle eines Resümées sei E. Noelle (35) zitiert, die zum Problem der Erstellung von Fragebögen meint:

"Die Beweisfragen, auf die es ankommt, sind oft im ganzen Bogen nicht mehr zu finden, dafür aber lange Frageserien, deren Sinn nicht in wenigen Worten zu erklären ist und die oft provozierend bloßer Spielerei ähneln. Zugespitzt: Je besser ein Fragebogenentwurf ist, desto weniger überzeugend wirkt er auf den Leser."

- + 12. Haben Sie als Diabetiker Informationen aus der Presse entnommen, die Ihnen Ihr Arzt nicht gesagt hat?
- 13. Haben Sie von irgendeiner anderen Seite etwas über die Zuckerkrankheit gehört, was Ihnen Ihr Arzt nicht gesagt hat?
- 15. Sie selbst werden mit ... behandelt. Welche Methoden, die Zuckerkrankheit zu behandeln, sind Ihnen noch bekannt?
- 49. Sollten die Massenmedien - also Presse, Rundfunk und Fernsehen - Ihrer Ansicht nach noch mehr medizinische Fragen aufgreifen?
ja nein weiß nicht

3. Interviewsituation und -technik

Die äußerliche Ähnlichkeit des standardisierten mündlichen Interviews, so wie es der vorliegenden Untersuchung als "Forschungswerkzeug" diene, mit der alltäglichen Kommunikationsform der Unterhaltung und des Meinungsaustausches, läßt oft die sehr planmäßige und künstliche Vorgehensweise, die diesem "Gespräch" zugrunde liegt, vergessen. Für den Forscher stellt sich die Aufgabe, hier eine experimentelle Situation bis in jede Einzelheit möglichst einheitlich festzulegen, die eine zuverlässige und vergleichbare Messung der Reaktionen der Befragten erlaubt. Das Ergebnis sollte in gleicher Weise auch von einer anderen Erhebungsperson und zu einem anderen Zeitpunkt erzielt werden können.

Die Vorgehensweise, die im folgenden Text beschrieben wird, ist deshalb auch nicht Produkt zufälliger Gegebenheiten, sondern wurde ebenso wie der Fragebogen im Laufe der Vorbereitungsphase der Studie allmählich entwickelt.

3.1. Ausschluß Dritter

Für die Befragungen stand ein eigener Raum zur Verfügung, in dem sich nur Interviewer und Proband aufhielten. Wie wichtig diese Voraussetzung für die Zuverlässigkeit der Ergebnisse ist, hatte sich bei der Vorstudie gezeigt. Wegen der Bettlägrigkeit einiger Probanden mußten hierbei mehrmals Interviews im Krankenzimmer stattfinden, an denen die Mitpatienten in lebhaftester Weise Anteil nahmen, während die Reaktion der eigentlich Befragten eher zurückhaltender und ausweichender als beim Gespräch unter vier Augen waren.

3.2. Dauer des Interviews

Obwohl der früher allgemein anerkannte Grenzwert von 30 Minuten maximaler Interviewdauer nach neueren Erkenntnissen bei manchen spezifisch zusammengesetzten Kollektiven um das Zwei- bis Dreifache überschritten werden kann, wurde der Fragebogen so konzipiert, daß eine mittlere Interviewdauer von einer halben Stunde resultierte. Über diese Zeitspanne hinweg durfte von allen Mitgliedern des ja sehr uneinheitlich zusammengesetzten Kollektivs ein Minimum an Aufmerksamkeit und Konzentration erwartet werden. Die Extremwerte lagen

zwischen ca. 20 bis 50 Minuten, was einerseits durch unterschiedliche intellektuelle Beweglichkeit, andererseits durch die Filterfragen bedingt war. Antwortete z.B. ein Patient nur auf die Fragen 28 und 30 mit "nein", so resultierte daraus bereits eine Verkürzung der Befragungszeit um ca. fünf Minuten. Ursache einer langen Interviewdauer war auch öfter das Bedürfnis des Probanden, über seine spezifische Krankheitsproblematik und eventuell sich daraus ergebende persönliche Probleme zu sprechen. Hier die Bedingungen des standardisierten Interviews zu wahren und das Gespräch wieder auf den Fragebogen zurückzuführen, war die schwierigste Aufgabe, die sich dem Interviewer während der gesamten Durchführung der Untersuchung stellte (vgl. 3.3.).

3.3. Interviewtechnik

Um der Forderung nach Konstanz der Untersuchungsbedingungen gerecht zu werden, ist nicht nur der Fragebogen an sich, sondern auch die Art und Weise, wie er "an den Mann gebracht wird", zu standardisieren und vor Untersuchungsbeginn festzulegen. Im vorliegenden Fall wurde die Technik des "neutralen Interviews" gewählt, die am einfachsten und klarsten Kellerer (23) mit der Formulierung beschreibt, der Interviewer habe hierbei als "unpersönliches Sende- und Empfangsgerät" zu fungieren.

Daraus ergab sich folgendes praktische Vorgehen:

Die Fragen wurden unverändert in Wortlaut und Reihenfolge ohne zusätzliche Erklärungen oder Einleitung und soweit möglich in gleichbleibender Betonung vorgelesen. Der Befragte hatte keinerlei Einsicht in die Unterlagen. Hatte ein Proband eine Frage nicht verstanden, so wurde sie zunächst noch einmal wörtlich vorgelesen, dieses Mal jedoch langsamer und mit deutlicherer Betonung. Erst wenn daraufhin seiner Reaktion zu entnehmen war, daß über einen Punkt noch immer keine Klarheit herrschte, legte der Interviewer den Sachverhalt in anderen Worten dar, wobei er sich bemühte, bei allen Probanden weitgehend dieselben Formulierungen zu verwenden. Bei der Niederschrift der Antworten bzw. ihrer Einordnung in bereits vorgegebene Verschlüsselungskategorien wurde im Zweifelsfall der ersten "reflexartigen" Äußerung des Probanden der Vorrang eingeräumt. Nachgefragt wurde nur bei unklaren, ausweichenden oder zu allgemein gehaltenen Antworten.

3.4. Interviewer

Die Realisierung der unter 3.3. erläuterten allgemeinen Regeln hing in entscheidender Weise von den Reaktionen des Interviewers ab bzw. von seiner Fähigkeit, sich diese Reaktionen bewußt zu machen und sie zu kontrollieren. Bei jeder Untersuchung in der empirischen Sozialforschung entsteht durch die Untersuchungsperson ein systematischer Fehler, da sie durch ihre spezifischen Persönlichkeitseigenschaften (Geschlecht, sozialer Status, Aussehen, Alter, Auftreten, Überzeugungen) unabhängig von Art und Inhalt der eigentlichen Erhebung bestimmte Reaktionen bewirkt. Bei groß angelegten Studien wird diesem vermeidlichen Fehler durch den Einsatz einer großen Interviewerschar entgegengewirkt, wobei davon ausgegangen wird, daß sich die vielen verschiedenen Einflüsse im Gesamtergebnis gegenseitig ausgleichen.

Dieser Korrekturfaktor mußte unter den für die Untersuchung vorgegebenen äußeren Bedingungen entfallen. Darüberhinaus ergaben sich aus der Notwendigkeit, daß dieselbe Person, die die Untersuchung konzipiert und die Untersuchungsmethodik ausgearbeitet hatte, auch alle Befragungen selber durchführte, noch eine Reihe weiterer Konsequenzen:

- Ein Nicht-Spezialist steht naturgemäß dem Untersuchungsgegenstand als solchem sehr viel neutraler gegenüber als der Fachmann. Die während der Vorbereitungsphase in diesem abgelaufenen Denkprozesse führten trotz aller Selbstkontrolle zu einer ganz bestimmten Erwartungshaltung, die ihrerseits wiederum das Wahrnehmungsfeld von vornherein einengt. Derselbe Effekt, den man "selektives Hören" nennt, tritt nach einer gewissen Anzahl von Interviews auch beim "unbefangenen" Interviewer auf, da sich häufig wiederholende Antworten automatisch die Wahrnehmung in diese Richtung lenken und zum Überhören abweichender Reaktionen verleiten, d.h. er wurde im vorliegenden Fall zudem im Laufe der Untersuchung noch durch die wachsende Erfahrung verstärkt.
- Außerdem steigen die Anforderungen an Selbstdisziplin und Sorgfalt der Erhebungsperson ganz beträchtlich, sobald die Spannung, die die Interviewersituation anfänglich auch für den Interviewer birgt, abgeflaut und der Routine gewichen ist. Dieser Effekt, unter dem Schlagwort "Interviewermüdigkeit" bekannt, tritt erfahrungsgemäß nach etwa zehn Befragungen auf. Für die vorliegende Studie bedeutet das also, daß der Spannungsabfall noch im Laufe der Vortests stattfand und die psychologische Grundsituation des Interviewers sich während der eigentlichen Befragung nicht mehr wesentlich änderte. Da die äußeren Gegebenheiten zudem nur vier bis sechs Interviews pro Woche erlaubten, blieb ausreichend Zeit zur psychischen Erholung, die ab und zu durch Auslassen eines Untersuchungstages bewußt verlängert wurde. Aus denselben Überlegungen heraus wurde die Untersuchung nach der Hälfte der Interviews auch für drei Wochen unterbrochen.

Die "Personalunion" von Forscher und Erhebungsperson brachte jedoch nicht nur Nachteile mit sich:

- Der Interviewer konnte über das zugrundeliegende Prinzip des "neutralen Interviews" hinaus im Laufe der Probebefragungen sein Auftreten und seine Reaktionen standardisieren, z.B. die Betonung einzelner Fragen, Erläuterungen bei Nachfragen von seiten der Probanden, Art und Weise der Kontaktaufnahme und Hinführung des Patienten zum Interview usw.. Dies gelang natürlich nur innerhalb einer gewissen Schwankungsbreite, führte im Großen und Ganzen jedoch zu einer sehr viel gleichmäßigeren Stimulusituation, als sie durch den Einsatz mehrerer Interviewer hätte geschaffen werden können.
- Inhaltliche Fehler beim Notieren von Antworten, die zu umfassend waren, um wörtlich niedergeschrieben zu werden, dürften weitgehend vermieden worden sein. Ebenso auch Fehler durch Zuordnung zur falschen Verschlüsselungskategorie, wie sie bei den meisten Untersuchungen infolge mangelnder Sachkenntnis des Interviewers entstehen. Selbst wenn man in Rechnung stellt, daß auch für den Fachmann häufige und deshalb meist schriftlich in Form von Vorverschlüsselung vorgegebene Antworten eine "Verlockung" darstellen und allein durch die Tatsache der schriftlichen Vorgabe gegenüber den erst zu notierenden Antworten ein stärkeres Gewicht erlangen, kann man bei ihm doch ein weit größeres Differenzierungsvermögen voraussetzen. Dieser Vorzug des Spezialisten dürfte den oben beschriebenen Fehler aufgrund einer im Vergleich zum Unsachkundigen stärker in Erscheinung tretenden Verzerrung der Wahrnehmungsfelder zumindest abschwächen.

3.5. Proband

Die Annahme, von seiten der Probanden bestehe eine "generell positive, aber neutral-unverbindliche Einstellung zum Interview" (25,35), wie sie von den Umfrageforschern aufgrund der Empirie unterstellt wird

- Untersuchungen hierzu liegen nicht vor - galt nur in beschränktem Maß für diese Studie. Zur Begründung dieser aus der Erfahrung von 125 Interviews erwachsenden Behauptung seien folgende Hypothesen angeführt:

- Das chronische Leiden "Diabetes mellitus" zeitigt so starke Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung seines Trägers, daß die wie auch immer geartete Auseinandersetzung damit sehr viel heftigere emotionale Reaktionen provoziert als die Konfrontation mit irgendeinem anderen Bereich des täglichen Lebens.
- Die bei der Untersuchung herrschenden Rahmenbedingungen ließen die Erhebungsperson als dem medizinischen Personal zugehörig erscheinen. Dieser Effekt wurde durch das Tragen eines weißen Kittels erheblich verstärkt, auf den jedoch nicht verzichtet werden konnte, da die Vortests gezeigt hatten, daß bei Befragung in normaler Alltagskleidung die Bereitwilligkeit der Probanden, sich für das Interview zur Verfügung zu stellen, sehr stark abnahm. Hätte man diesen Effekt in Kauf genommen, wäre das oben beschriebene Verfahren zur Stich-

probenauswahl undurchführbar gewesen. Obwohl die Probanden zu Beginn des Interviews in einigen allgemein gehaltenen Worten über dessen Zweck aufgeklärt wurden, glaubte sich dennoch ein nicht zu geringer Teil nach wie vor in einer Art "Patientsituation", einem in Richtung eines Examens modifizierten "Schulungsprogramm". Für einige bot sich auch in der Erhebungsperson ein Ansprechpartner. So sind wohl die Bestrebungen mancher Probanden zu erklären, bei jeder sich durch den Fragebogen bietenden Gelegenheit (besonders geeignet waren hierzu die offenen Fragen) das Gespräch auf die persönliche Krankheits- und oft auch Lebensproblematik zu lenken (vgl. 3.2.).

- Als mögliche Auswirkung der Rolle des Arztes in unserer Gesellschaft und seiner immer noch vom Großteil der Patienten akzeptierten Autorität könnte auch der sogenannte "Auftraggebereffekt" einen nicht zu unterschätzenden Einfluß auf das Untersuchungsergebnis ausgeübt haben. Dieser Begriff umschreibt die Tatsache, daß der Befragte seine Antworten in Hinblick auf den Auftraggeber mehr oder weniger bewußt und absichtlich modifiziert.

Zum Abschluß sei noch einmal klargestellt, daß durch diese Ausführungen nur eine sehr schematisierte und abstrahierte Darstellung der Interviewsituation gegeben werden konnte. Allen Bemühungen um Einheitlichkeit und Standardisierung zum Trotz variierte sie erheblich in Abhängigkeit von der Persönlichkeit des Probanden und nicht zuletzt auch von der "Tagesform" des Interviewers.

4. Vortests und Probebefragungen

Während die im vorstehenden Text beschriebenen Gesichtspunkte (vgl. vor allem Punkte 1 und 2) die theoretischen Vorbereitungen der Studie entscheidend beeinflussten, bot die Vortestung Gelegenheit zur Überprüfung der dabei entwickelten Methoden am Untersuchungsobjekt und unter Untersuchungsbedingungen.

Bei dieser Pilotstudie sind zwei Stufen zu unterscheiden:

4.1. Qualitative Testung

Die Umsetzung der Erhebungspunkte, die zu Beginn der Vorarbeiten als Programmfragen formuliert vorlagen, in die zur Befragung benötigten Testfragen wurde in den verschiedenen Phasen dieses allmählich vor sich gehenden Prozesses jeweils an zwei bis drei, insgesamt zwölf Patienten im Hinblick auf die unter 2. beschriebenen Kriterien getestet. Um die Stichprobenauswahl möglichst wenig zu stören, entstammten die Probanden nicht der Grundgesamtheit, auf die sich die spätere Untersuchung beziehen sollte, sondern waren zum Großteil

stationäre Patienten anderer Abteilungen des Krankenhauses München-Schwabing, die das Schulungsprogramm der III. Abteilung früher zwar absolviert hatten, aber jetzt nicht mehr zu deren Patienten zählten. Jeweili Probanden hatten noch nie an dem Schulungsprogramm teilgenommen bzw. besuchten es zur Zeit als stationäre Patienten der III. Abteilung.

4.2. Quantitative Testung

Sie diente in der Abschlußphase der Vorbereitungen einer nochmaligen Überprüfung der gesamten Untersuchungsmethodik (Stichprobenauswahl, Fragebogen, Interviewtechnik) an einem größeren Kollektiv. Um diese "Generalprobe" unter den Bedingungen der späteren Untersuchungssituation ablaufen lassen zu können, wurden die Probanden der für diese Untersuchung definierten Grundgesamtheit entnommen. Im Rahmen dieser zweiten Testserie wurden 13 Personen befragt.

Eine auf den bei dieser Studie gewonnenen Erkenntnissen basierende nochmalige Überarbeitung und Korrektur der Methodik und die endgültige Festlegung der Verschlüsselung beendeten die Vorbereitungsphase. Die Standardisierung war hiermit erfolgt und im Ablauf der eigentlichen Untersuchung wurde größter Wert darauf gelegt, an den vorher fixierten Bedingungen und Richtlinie soweit die Praxis dies erlaubte festzuhalten.

IV. BESCHREIBUNG DES BEFRAGTEN KOLLEKTIVS

1. Aufschlüsselung nach demographischen Kriterien:

1.1. Geschlechtsverteilung:

Männer	gesamt	Frauen
45 = 45 %	100 = 100 %	55 = 55 %

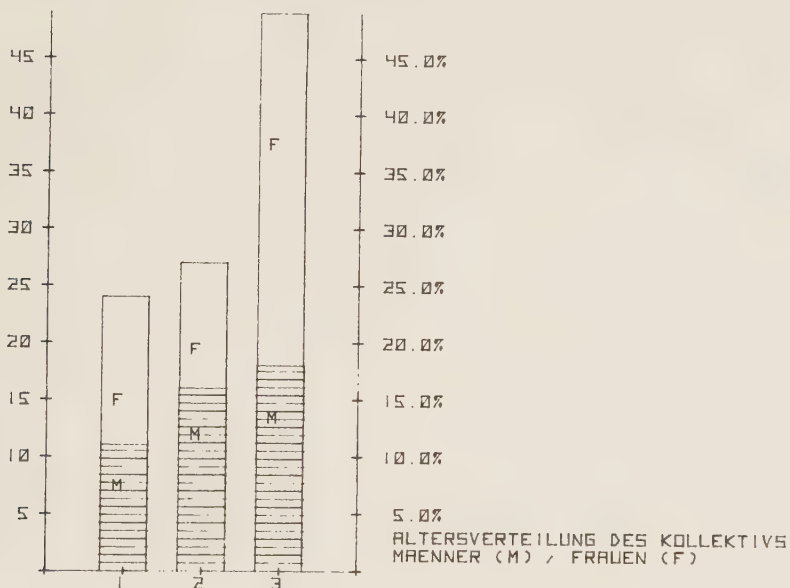
1.2. Altersverteilung:

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) bis einschließlich 39 Jahre	11	24 %	13
(2) 40 bis einschließlich 59 Jahre	16	27 %	11
(3) 60 Jahre und älter	18	59 %	31

Skizze 2:

PATIENTENZAHL

MAX. KLASSENHÄUFIGKEIT



1.3. Wohnort:

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
Stadt	41	86 %	45
Land	4	14 %	10

1.4. Wohngemeinschaft:

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
alleine wohnend	8	27 %	19
Familiengemeinschaft	36	72 %	36
im Altersheim lebend	1	1 %	-

1.5. Schulbildung:

(1) Volksschule	26	57 %	31
(2) Mittlere Reife	15	33 %	18
(3) Abitur	4	10 %	6

Skizze 3:

HÄUFIGKEIT



SCHULABSCHLUSS

1.6. Krankenkasse:

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
AOK	18	33 %	15
Barmer Ersatzkasse	5	22 %	17
DAK	4	11 %	7
Betriebskrankenkasse	9	16 %	7

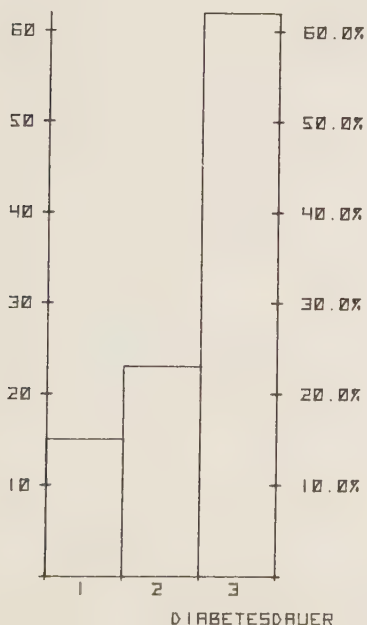
	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
Innungskrankenkasse	2	2 %	-
Techniker-Ersatzkasse	-	1 %	1
KKH	1	3 %	2
KVB	2	2 %	-
Hamburg-Münchener-Ersatzkasse	2	3 %	1
Schwäbisch-Gmündener-Ersatzkasse	1	2 %	1
Bundesbahn-Krankenkasse	1	4 %	3

2. Aufschlüsselung nach krankheitsspezifischen Kriterien:

2.1. <u>Diabetesdauer:</u>	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) 1 - 2 Jahre	6	15 %	9
(2) ab 2 bis einschließlich 5 Jahre	8	23 %	15
(3) länger als 5 Jahre	31	62 %	31

Skizze 4:

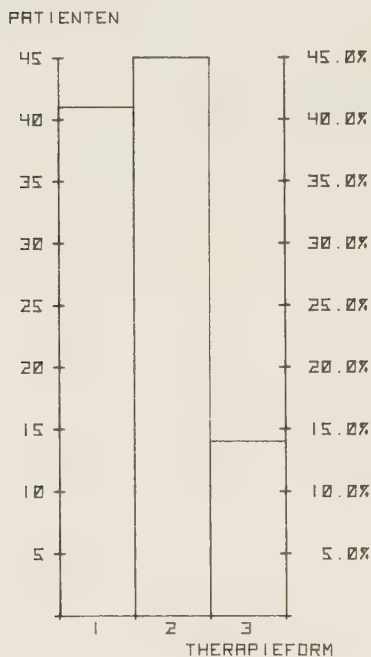
PATIENTEN



2.2. Therapieform:

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) Tabletten	17	41 %	24
(2) Insulin	20	45 %	25
(3) nur Diät	8	14 %	6

Skizze 5:



2.3. +Gewichtsverteilung:

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) untergewichtig	3	8 %	5
(2) idealgewichtig	7	19 %	12
(3) normalgewichtig	18	48 %	20
(4) 20 bis 40 % Übergewicht	5	14 %	9
(5) mehr als 40 % Übergewicht	2	11 %	9

Skizze 6: Seite 41

+Zur Berechnung der Gewichtsverteilung:

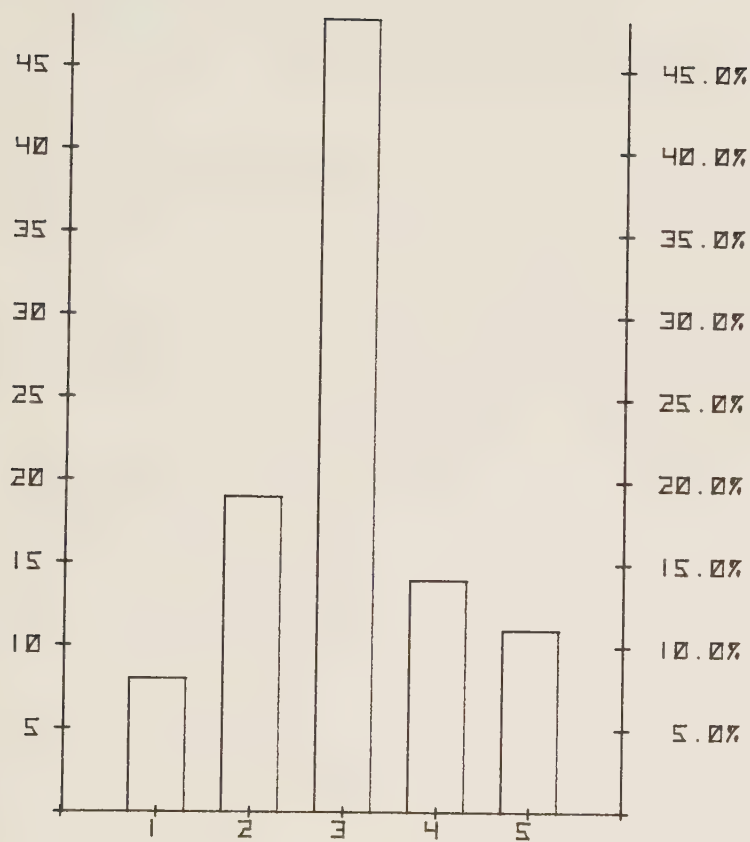
Idealgewicht bei Männern: (Körpergröße - 100) - 10 %

Idealgewicht bei Frauen : (Körpergröße - 100) - 15 %

Normalgewicht: bis zu 20 % Überschreitung des Idealgewichts

Skizze 6:

PATIENTENZAHL



GEWICHTSVERTEILUNG

V. DISKUSSION DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

Bei der anschließenden Diskussion der Untersuchungsergebnisse werden die Fragen nicht nach der numerischen Reihenfolge des Fragebogens besprochen, sondern nach inhaltlichen Gesichtspunkten gemäß ihrer Funktion als Testfragen für die unter II. dargestellten Erhebungsziele und entsprechend der dort vorgenommenen Aufschlüsselung. Manche Frage werden mehrmals auftauchen, da sie als Indikatoren für verschiedene Programmfragen gelten können.

Zusammen mit der Analyse der Ergebnisse soll, soweit dies als Ergänzung zur Darstellung der Untersuchungsmethoden (vgl. III.) nötig ist, eine kritische Betrachtung der Angemessenheit der Methodik und der Aussagekraft einzelner Resultate erfolgen.

Wegen der notwendigerweise aus diesem Vorgehen resultierenden Verlustes an Übersicht über den Gesamtkomplex werden im Anhang nochmals alle Ergebnisse in absoluten Zahlen und gemäß der numerischen Abfolge während der Befragung wiedergegeben.

Die Ergebnisse werden in den Tabellen des folgenden Textes - getrennt nach Männern und Frauen - wegen der schmalen statistischen Basis von nur 100 Stichproben ebenfalls in absoluten Zahlen aufgeführt. Soweit dies von den Zahlenwerten her angemessen erscheint, wird in einer dritten Spalte der prozentuale Anteil bezogen auf die Gesamtzahl der der Tabelle zugrunde liegenden Antworten wiedergegeben. Auf eine Interpretation eventueller geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Beantwortung wurde verzichtet.

Die in manchen Tabellen den Antwortkategorien in Klammern vorangestellten Zahlen beziehen sich auf die Säulen der zugehörigen Skizzen.

1. Informationsstand (vgl. II.1. Seite 3)

1.1. Als erstes war zu klären, wie hoch der Wissensstand des Patienten über Ursachen, Pathophysiologie, Therapie und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus einzuschätzen ist. Die Testfragen hierzu gliedern sich in drei nach Vorgehensweise und Zielsetzung voneinander abgrenzbare Gruppen:

1.1.1. Fragen, die nicht direkt den Wissensstand, sondern mit der Höhe des Wissensstandes zusammenhängende Faktoren messen und deren Ergebnisse somit als indirekte Hinweise auf das Untersuchungsziel zu werten sind.

1.1.2. direkte Wissensfragen

1.1.3. Fragen zur Prüfung der Festigkeit der dargebotenen Reaktionen

zu 1.1.1. Von mit medizinischer Denkweise und Nomenklatur nicht Vertrauten ist nicht zu erwarten, daß ihm eine einmalige Schulung, mag sie noch so gründlich und intensiv sein, ein bleibendes und fundiertes Wissen über seine Krankheit vermittelt. Selbst Diabetiker, die sich im Laufe einer langen Krankheitsdauer ausgiebig mit derlei Problemen befaßt haben, versichern, daß sie immer wieder ihr Wissen auffrischen müßten. Sicher ist die bloße Tatsache "häufige Information über ein Thema" nicht gleichzusetzen mit gründlichem und umfassendem Studium der Sache und kein Garant für den Lernerfolg, aber dennoch wird in der Regel der, der sich laufend mit einer bestimmten Frage beschäftigt, auch besser Bescheid wissen.

1.1.1.1. Frage 10 zeigt, daß 72 % der Befragten jede sich bietende Gelegenheit zur Information nutzten und niemand angab, er würde sich nie informieren.

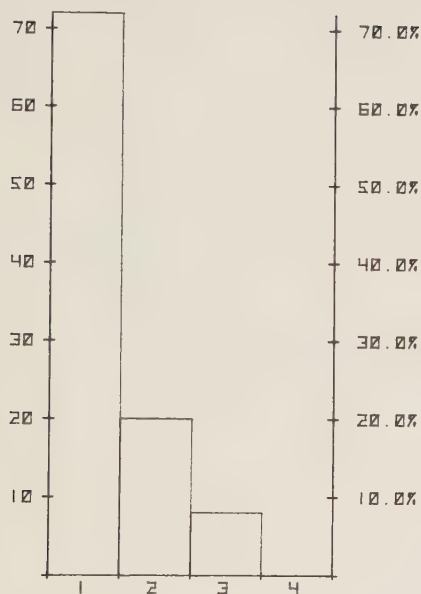
Frage 10: Wie häufig informieren Sie sich? (Tab. 2, Skizze 7)

Tab. 2 : Informationshäufigkeit

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) bei jeder sich bietenden Gelegenheit	31	72 %	41
(2) ab und zu	11	20 %	9
(3) selten	3	8 %	5
(4) nie	-	-	-

Skizze 7:

PATIENTENZAHL



INFORMATIONSHÄUFIGKEIT

Die in 8 % der Fälle gegebene Antwort "selten" wurde wie folgt begründet:

Frage 10.1.: Warum informieren Sie sich nicht? (Tab. 3)

Tab. 3: Gründe für geringe Informationshäufigkeit

	Männer	gesamt	Frauen
weiß genug	1	2	1
kein Interesse	1	1	-
lebt zurückgezogen	-	2	2
sieht schlecht	-	1	1
keine Zeit	-	1	1
erübrigt sich, da ausreichende Information durch das Schulungsprogramm	1	1	-

Frage 11 diente der Kontrolle und Eingrenzung der sehr allgemein gehaltenen Antwortkategorien von 10. Immerhin hatten 84 % der Befragten im Laufe des letzten Monats irgendetwas über den Diabetes mellitus gehört oder gelesen, wobei sich ein Großteil noch an die Informationsart und den Inhalt des Dargebotenen erinnern konnte. Nur bei 2 % der Befragten lag die letzte Information länger als ein halbes Jahr zurück

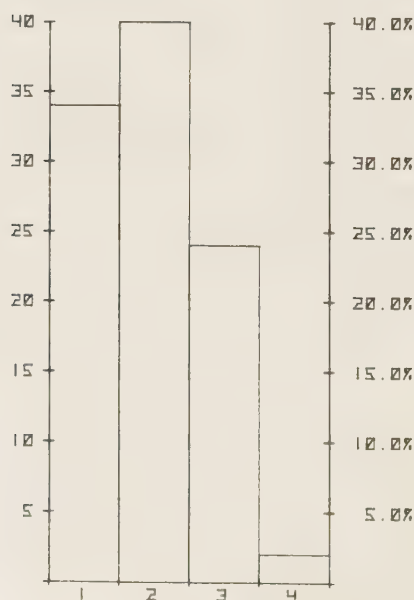
Frage 11: Wann haben Sie das letzte Mal etwas über die Zuckerkrankheit gehört oder gelesen?(Tab. 4, Skizze 8)

Tab. 4: Zeitpunkt der letzten Information

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) im Laufe der letzten Woche	15	34 %	19
(2) innerhalb der letzten 4 Wochen	18	40 %	22
(3) vor ca. 1 - 6 Monaten	12	24 %	12
(4) liegt länger als 6 Monate zurück	-	2 %	2

Skizze 8:

PATIENTENZAHL



ZEITPUNKT DER LETZTEN INFORMATION

An der Informationsfreudigkeit gemessen wäre also ein hoher Wissensstand des befragten Kollektivs zu erwarten. Auf jeden Fall kann ein Bemühen des größten Teils der Befragten, sich mit ihrer Krankheit zu beschäftigen, nicht abgestritten werden. Dieses gute Ergebnis ist ganz sicherlich von der unter III.1. dargelegten Selektion der Grundgesamtheit geprägt.

- 1.1.1.2. Wie ernst gemeint der Wunsch nach Information und die Be-
teuerung der Informationsfreudigkeit sind, läßt sich vielleicht
daraus ableiten, in welchem Ausmaß die Patienten die ihnen
sehr leicht zugänglichen Möglichkeiten der Kenntniserweiterung
nutzen, die die III. Abteilung des Krankenhauses München-
Schwabing bietet. Hier wäre in erster Linie der Besuch des
Diabetikerschulungsprogramms zu nennen; daneben aber auch
die Ausschöpfung anderer Informationsquellen, die vielen
Diabetikern unbekannt sind, auf die jedoch die Patienten der
III. Abteilung hingewiesen werden. Als Indikatoren für diese
mannigfaltigen Möglichkeiten wurden die Kenntnis von Diabetes-
Journal und Deutschem Diabetikerbund gewählt.

Wie aus Frage 9 (vgl. 4.1.) hervorgeht, hatten 83 % der Be-
fragten das Schulungsprogramm besucht. Dieses absolut ge-
sehen erfreulich gute Ergebnis muß insofern relativiert wer-
den, als ein Großteil der Probanden sich aus ehemals
stationären Patienten rekrutierte, die während ihres Aufent-
halts sehr eindringlich zum Besuch des Schulungsprogramms
aufgefordert wurden. Andererseits steht zu bedenken, daß
diese Form der Informationsgewinnung sehr zeitaufwendig ist
und außerdem die Schulung an Werktagen und mit Ausnahme
einiger Filmvorführungen zur normalen Arbeitszeit stattfindet.
Die Tatsache, daß nur 9 % der befragten Frauen, aber 26 %
der Männer nicht teilgenommen hatten, spricht ebenfalls da-
für, daß zumindest ein Teil der Patienten das Schulungspro-
gramm weniger aus Desinteresse, als aus Zeitgründen nicht
besucht hat.

Die unbefriedigten Ergebnisse der Fragen 22 (nur 38 %
kannten das Diabetes-Journal) und 28 und 28.1. (59 % kannten
den Deutschen Diabetikerbund dem Namen nach, aber nur 3 %
waren Mitglieder) sind hingegen nicht mit Zeitmangel zu er-

klären. Möglicherweise wurde von Seiten der III. Abteilung doch nicht eindringlich genug auf diese zusätzliche Informationsmöglichkeiten aufmerksam gemacht.

Frage 22: Kennen Sie das Diabetes-Journal? (Tab. 5, Skizze 9/Säule 1)

Tab. 5: Kenntnis des Diabetes-Journals

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
ja	15	38 %	23
nein	30	62 %	32

Skizze 9 s. Seite 49

Frage 22.1.:Wo haben Sie es kennengelernt? (Tab. 6)

Tab. 6: Angaben zur Art und Weise, auf die die Patienten das Diabetes-Journal kennengelernt haben.

	Männer	% der Ant- worten	Frauen
Schwabinger Krankenhaus	11	72 %	16
Bekannte	2	8 %	1
Hausarzt	1	6 %	1
Apotheker	-		1
Kur	1		1
Probeexemplare des Diabetikerbundes	-		1
durch Inserate	-		1
durch die DAK	-		1
weiß nicht	-	3 %	1

Frage 22.1.1.:Wie häufig lesen Sie diese Zeitschrift? (Tab. 7)

Tab. 7: Häufigkeit der Lektüre des Diabetes-Journals

	Männer	% der Ant- worten	Frauen
regelmäßig	6	32 %	6
häufig	1	5 %	1
ab und zu	2	15 %	4
selten	5	35 %	9
nie	1	12 %	3

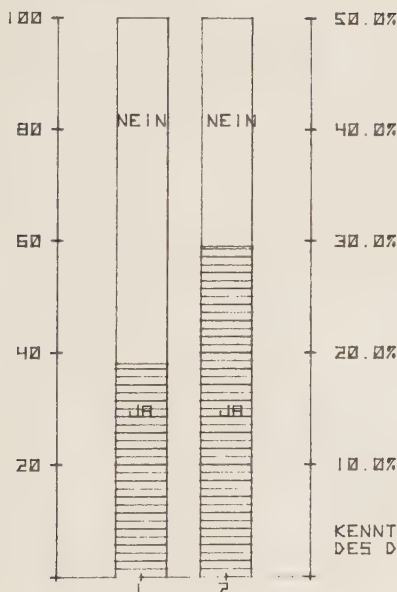
Frage 28: Kennen Sie den Deutschen Diabetiker-Bund? (Tab. 8, Skizze 9/
Säule 2)

Tab. 8: Kenntnis des Deutschen Diabetiker-Bundes

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
ja	28	59 %	31
nein	17	41 %	24

Skizze 9:

PATIENTENZAHL



KENNTNIS DES DIAB.-JOURNALS (1) BZW.
DES DEUTSCHEN DIAB. BUNDES (2)

Frage 28.1.: Sind Sie Mitglied in diesem Bund? (Tab. 9)

Tab. 9: Mitgliedschaft im Deutschen Diabetiker-Bund

	Männer	% der Ant- worten	Frauen
ja	-	5 %	3
nein	28	95 %	28

Der Vollständigkeit halber und zur Abrundung des Gesamtbildes werden an dieser Stelle auch die Antworten auf die Folgefragen zu 22 und 28 wiedergegeben. Die im einzelnen zu geringen Stichprobenzahlen und das breite Spektrum der Antworten gerade auf die offenen Fragen (vgl. hierzu III.2., bes. III.2.2.) lassen eine Hypothesenbildung auf der Basis dieser Ergebnisse nicht zu.

Frage 22.1.1.1.: Wie erhalten Sie das Diabetes-Journal? (Tab. 10)

Tab. 10: Angaben der Probanden zur Art und Weise der Beschaffung des Diabetes-Journal

	Männer	% der Antworten	Frauen
Abonnement	5	26 %	4
während der Kur	2	6 %	-
liegt im Schwabinger Krankenhaus	3	30 %	7
aus			
durch Bekannte	4	15 %	1
durch den Hausarzt	1	3 %	-
von Verwandten	-	3 %	1
Probeexemplar des Diabetiker-Bundes	-	3 %	1
von der DAK	-	3 %	1
weiß nicht	1	18 %	5

Frage 22.1.1.2.: Warum lesen Sie das Diabetes-Journal nicht? (Tab. 11)

Tab. 11: Gründe, die die Patienten von der Lektüre des Diabetes-Journals abhalten

	Männer	gesamt	Frauen
keine Zeit	1	2	1
weiß bereits genug	2	2	-
will sich nicht mit Literatur befassen, die sich auf seine Krankheit bezieht	1	1	-
Nachlässigkeit	-	1	1
weiß nicht, wo sie es bekommen kann	-	1	1
Überinformation	-	3	3
keine Hilfe	-	1	1

Frage 22.1.1.1.1.: Warum kaufen Sie sich das Diabetes-Journal nicht? (Tab. 12)

Tab. 12: Gründe, die die Patienten vom Kauf des Diabetes-Journal abhalten

	Männer	gesamt	Frauen
nicht nötig	2	5	3
zu teuer	1	1	-
zu umständlich zu kaufen	-	2	2
weiß nicht, wo man es kaufen kann	-	2	2
Nachlässigkeit	-	2	2
keine Zeit	-	1	1

Der Rest der Befragten erhielt das Diabetes-Journal entweder von Bekannten bzw. von einer der anderen unter 22.1.1.1. genannten Stellen oder machte keine genaueren Gründe geltend.

Frage 22.1.1.3.: Wie beurteilen Sie das Diabetes-Journal? (Tab. 13,14)

Tab. 13: Beurteilung der Qualität des Diabetes-Journals

	Männer	gesamt	Frauen
Inhalt gut verständlich	12	32	20
Inhalt schwer verständlich	2	3	1
sehr informativ	8	24	16
könnte besser sein	2	3	1

Neben dieser pauschalen Einschätzung wurden die Patienten um eine detailliertere Kritik gebeten.

Tab. 14: Kritik bzw. Vorschläge zur Verbesserung des Diabetes-Journals

	Männer	gesamt	Frauen
Leserfragen sehr gut	1	1	-
man sollte mehr ins Detail gehen	1	1	-
Allgemeinmedizin nicht so wichtig	1	1	-
aus jedem Artikel ist Gewinn zu ziehen	1	3	2
geht zu sehr ins Detail	1	1	-
bringt nicht besonders Neues	22	23	1

zu Tab. 14

	Männer	gesamt	Frauen
zu viele Fremdwörter	2	4	2
sollte mehr über Steuererleichterung und die finanziellen Probleme des Diabetikers bringen	1	1	-
nur positive Beurteilung	1	3	2
macht zu viele Hoffnungen	1	1	-
Antworten auf die Leserbriefe gehen nicht genau auf die Fragen ein	-	1	1
man sollte mehr theoretische Informationen bringen	-	1	1
zu teuer	-	2	2
zu theoretisch, sollte mehr praktische Hinweise enthalten	-	1	1
kein Ersatz für den Arzt	-	1	1
Aufklärung gut für den Anfänger	-	1	1
manchmal psychisch belastend (Spätschäden)	-	1	1

Frage 28.1.1.: Weshalb sind Sie eingetreten? (Tab. 15)

Tab. 15: Gründe für den Eintritt in den Deutschen Diabetiker-Bund

	Männer	gesamt	Frauen
um Information zu erhalten	-	1	1
durch das Diabetes-Journal dazu gekommen	-	1	1
weil sie Diabetikerin ist	-	1	1

Frage 28.1.2.: Welche Vorteile bringt Ihnen die Mitgliedschaft? (Tab. 16)

Tab. 16: Vorteile, welche die Mitgliedschaft im Deutschen Diabetiker-Bund nach Ansicht der Probanden mit sich bringt

	Männer	gesamt	Frauen
Informationsvorsprung	-	3	3

Frage 28.1.3.: Warum sind Sie nicht Mitglied? (Tab. 17)

Tab. 17: Gründe, die die Patienten von der Mitgliedschaft im Deutschen Diabetiker-Bund abhalten

	Männer	gesamt	Frauen
halte es nicht für notwendig	8	18	10
weiß nicht, wie man Mitglied wird	3	6	3
zu umständlich	1	3	2
fühlt sich beim Arzt in guten Händen	1	2	1
ist kein Vereinsmeier	6	7	1
ist gegen Verpflichtungen	-	2	2
hat zu wenig Zeit	-	1	1
hat sich noch nicht genügend damit befaßt	1	1	-
war früher Mitglied und hält es jetzt nicht mehr für nötig	-	1	1
hat noch nicht daran gedacht	-	1	1
zu teuer	-	3	3
ein fester Beitrag sollte verlangt und mehr Werbung betrieben werden	-	1	1
aus Trägheit	1	3	2
weiß nicht	9	14	5

Schlußfolgerungen: (vgl. 1.2.

In Verbindung mit den Ergebnissen der Fragen 10 und 11 lassen die obigen Resultate den Schluß zu, daß die unbestreitbar vorhandene Informationsfreudigkeit der Diabetiker nicht gleichzeitig auch eine "Informationsbeschaffungsfreudigkeit" ist. Man muß die Information also an den Patienten herantragen; größere Eigeninitiativen in dieser Richtung sind nur in Ausnahmefällen zu erwarten.

Welche Informationsquellen in wie starkem Ausmaß den Patienten anzusprechen vermögen, wird unter 4. abgehandelt.

1.1.1.3. Ein weiterer indirekter Indikator für den Wissensstand ist die Kenntnis der Harnzuckerwerte. Obwohl der Diabetiker mit Hilfe der heute relativ einfach durchzuführenden Harnzuckerkontrollen sich rasch und vor allem selbständig über seine momentane Stoffwechselsituation orientieren kann und jede Schulung deshalb größten Wert darauflegt, den Patienten über

die Ursachen des Harnzuckers und somit die Relevanz dieser Messung aufzuklären, ist der Harnzuckerwert noch immer weit- aus weniger bekannt als der Blutzuckerwert. Das kommt auch in der vorliegenden Untersuchung zum Ausdruck, bei der immer- hin 91 % der Patienten ihren Blutzucker-, aber nur 54 % ihren Harnzuckerwert ungefähr oder genau richtig angeben konnten.

Frage 6.1.: Können Sie mir Ihren Blutzuckerwert nennen? (Tab. 18, Skizze 10)

Tab. 18: Kenntnis der Blutzuckerwerte

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) ja	35	74 %	39
(2) ungefähr	5	17 %	12
(3) nein	5	9 %	4

Frage 7.1.: Können Sie mir Ihren Harnzuckerwert nennen? (Tab. 19, Skizze 10)

Tab. 19: Kenntnis der Harnzuckerwerte

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) ja	27	49 %	22
(2) ungefähr	2	10 %	8
(3) nein	16	41 %	25

Skizze 10 s. Seite 55

Frage 6.2.: Vergleich der angegebenen Werte mit dem Diabetikeraus-
weis. (Tab. 20, Skizze 11)

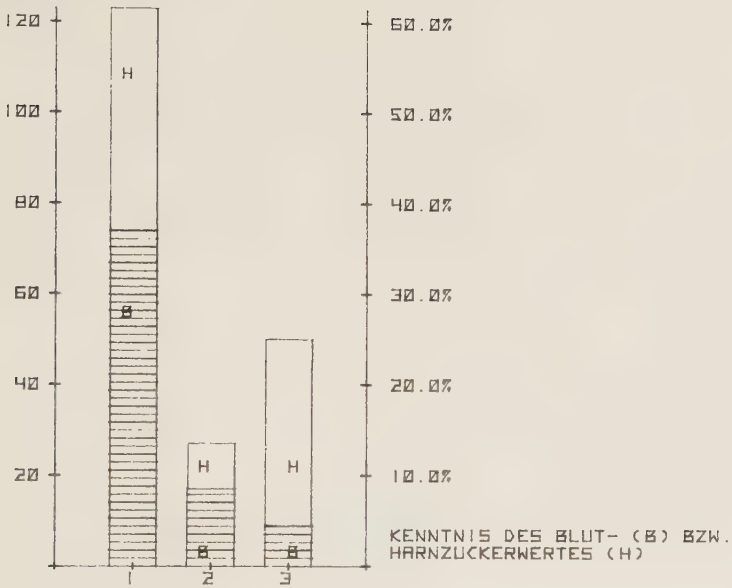
Tab. 20: Vergleich der angegebenen Blutzuckerwerte mit dem
Diabetikerausweis

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) richtig (± 5)	27	60 %	33
(2) ungefähr richtig (± 25)	10	23 %	13
(3) falsch	2	7 %	5

Skizze 11 s. Seite 56

Skizze 10:

SUMME DER ANGABEN



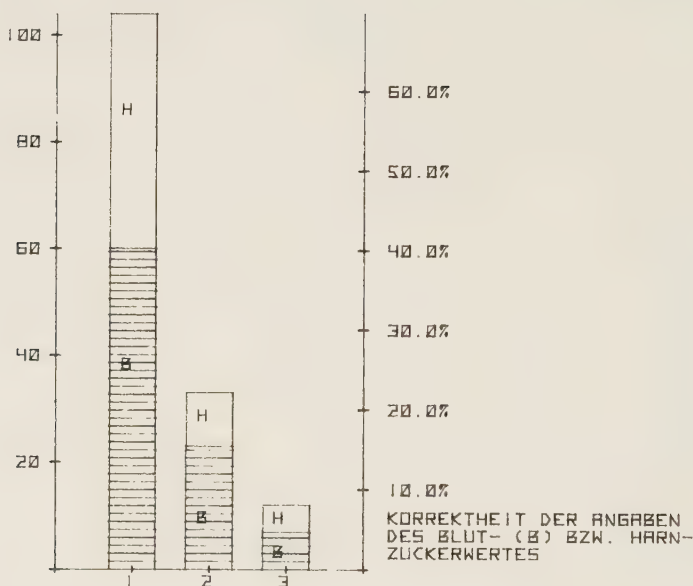
Frage 7.2.: Vergleich der angegebenen Werte mit dem Diabetiker-
ausweis (Tab. 21, Skizze 11)

Tab. 21: Vergleich der angegebenen Harnzuckerwerte mit dem
Diabetikerausweis

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) richtig	25	44 %	19
(2) ungefähr richtig (Schwankungen - 30 %)	3	10 %	7
(3) falsch	1	5 %	4

Skizze 11:

SUMME DER ANGABEN



Die Vorstellung eines erhöhten Blutzuckerwertes verbinden auch viele Gesunde mit dem Begriff Zuckerkrankheit, die Verknüpfung von Harnzucker und erhöhtem Blutzucker dagegen erfordert bereits Kenntnisse über das Krankheitsbild. Dieses Wissen sollte als wesentlicher, weil für die Verlaufskontrolle so hilfreicher Bestandteil "der diabetischen Allgemeinbildung" jedem Diabetiker geläufig sein. Nur von dem sich der Bedeutung dieser Zahl bewußten Diabetiker darf die Kenntnis seines Harnzuckers erwartet werden. Insofern kann Frage 7 als Indikator für den Wissensstand gelten.

(Zur Kenntnis und Selbstkontrolle der Harnzuckerwerte vgl. 24)

Angesichts der starken Propagierung der Harnzuckerselbstkontrolle in allein einschlägigen Laienschriften wie auch im Schulungsprogramm der III. Abteilung, kann die Zahl von 54 % der Probanden, die ihren Harnzuckerwert richtig oder ungefähr richtig angeben konnten, nicht

befriedigen. Zeigen die Patienten jedoch erst einmal Interesse an ihrem Harnzuckerwert, dann können sie ihn auch sehr genau angeben (44 %), während den Blutzuckerwert zwar insgesamt sehr viel mehr Patienten kennen, aber relativ gesehen seltener den genauen Wert wissen.

1.1.2. Eine Serie von direkten Wissensfragen sollte dem "Abfragen" von Faktenwissen und der Differenzierung zwischen verschiedenen Stufen des Informationsniveaus dienen. Im folgenden Text wurde die Reihenfolge, in der die Ergebnisse zur Darstellung kommen, deshalb gemäß dem Schwierigkeitsgrad der Fragen gewählt, wobei die Einstufung allerdings nicht nach objektivierbaren Kriterien erfolgte, sondern als ungefähre Einschätzung aufgrund von bei der Patientenschulung gewonnenen Eindrücken.

1.1.2.1. Das Ergebnis von Frage 15 überrascht nicht, denn Insulin und Tabletten als Behandlungsmethoden des Diabetes mellitus sind sogar vielen Laien vertraut. Nur 41 % der Befragten nennen jedoch die Diät als alleinige Therapieform, obwohl auf ihre entscheidende Bedeutung in allen Schulungsprogrammen, ob schriftlicher oder mündlicher Art, ausführlich eingegangen wird. Auf die etwaigen Konsequenzen dieses Resultats für das Therapieverhalten wird bei 1.3. noch zurückzukommen sein.

(Zur Stellung von Frage 15 im Gesamtkonzept des Fragebogens vgl. II.3.1. und II.3.2.)

Frage 15: Sie selbst werden mit ... behandelt!

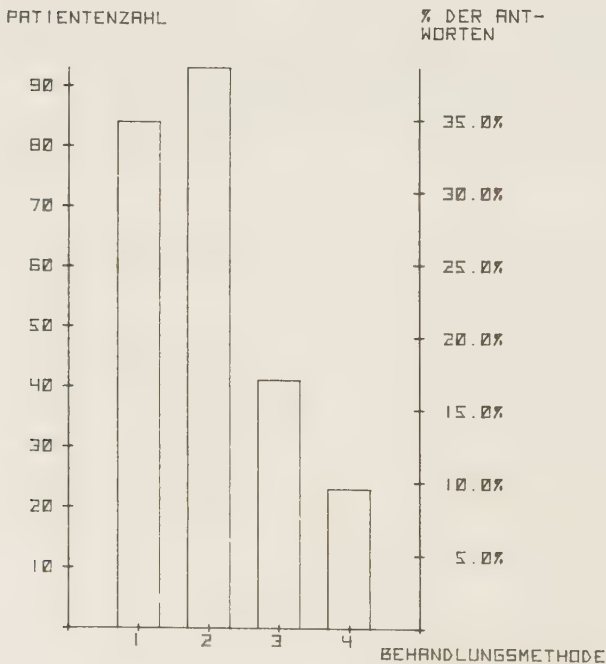
Welche Methoden, die Zuckerkrankheit zu behandeln, sind Ihnen noch bekannt? (Tab. 22, Skizze 12)

Tab. 22: Bekanntheitsgrad verschiedener Behandlungsmethoden
des Diabetes mellitus

(Bei der Auswertung wurde die beim Patienten angewandte Behandlungsmethode als bekannt mitgezählt.)

	Männer	% des Gesamtkollektivs	Frauen
(1) Insulin	37	84 %	47
(2) Tabletten	40	93 %	53
(3) nur Diät ⁺	21	41 %	20
(4) Diät ⁺	10	23 %	13
Hausmittel	1	2 %	1
Bad nehmen	1	1 %	-
Bewegung	-	1 %	1
regelmäßige Lebensführung	-	1 %	1
weiß nicht	1	1 %	-

Skizze 12:



⁺Hier wurde unterschieden, ob den Patienten bekannt war, daß eine Behandlung des Diabetes allein durch die Diät möglich ist.

Zu erwarten war auch, daß ein hoher Prozentsatz, auf eine Entscheidung festgenagelt, seiner Überzeugung Ausdruck verleihen würde, daß man den Diabetes mellitus nur mit den schulmedizinischen Methoden behandeln könne.

Frage 18: Glauben Sie, daß man die Zuckerkrankheit statt mit Insulin/ Tabletten/Diät auch mit einer der gerade aufgezählten Methoden behandeln kann? (Tab. 23, Skizze 13)

Tab. 23: Ansichten der Probanden über die Möglichkeit einer Diabetes-Therapie mit nicht-wissenschaftlichen Methoden

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) ja ⁺	8	14 %	6
(2) nein	32	72 %	40
(3) weiß nicht	5	11 %	6
(4) vielleicht	-	3 %	3

Skizze 13 s. Seite 60

Hierbei bleibt allerdings eine möglicherweise beim Patienten vorliegende Ambivalenz, aufgrund derer er Heilung oder Behandlung seiner Krankheit auch mit anderen Mitteln versucht, ebenso unberücksichtigt wie die Tendenz im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu antworten. Nur 9 % hatten jedoch schon einmal selbst ihre Diät durch Anwendung eines Hausmittels ersetzt.

Frage 18.1.: Haben Sie selbst schon Insulin/Tabletten/Diät durch eines dieser Mittel ersetzt? (Tab. 24, Skizze 14)

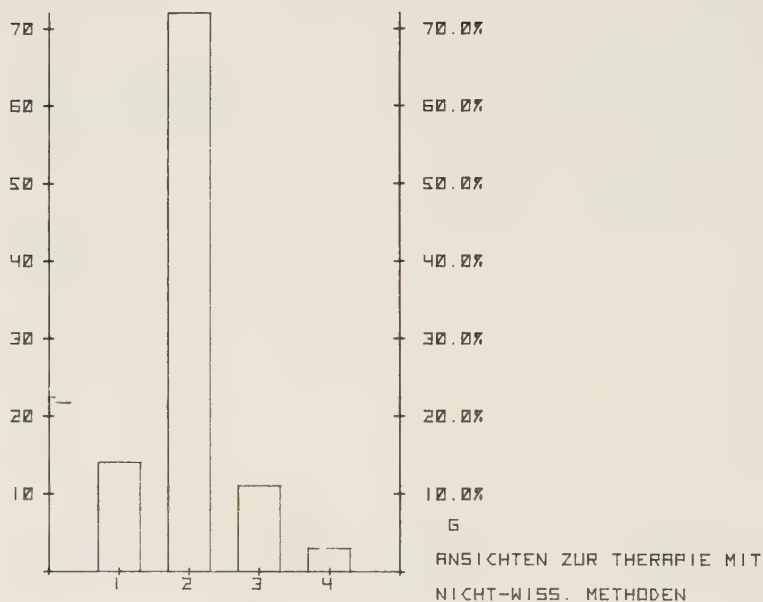
Tab. 24: Anwendung nicht-wissenschaftlicher Heilverfahren im Rahmen der Diabetestherapie

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) ja	6	9 %	3
(2) nein	39	91 %	52

⁺Die meisten Patienten beschränkten die Möglichkeit, den Diabetes mit einem "Hausmittel" zu behandeln, auf das Anfangsstadium der Krankheit bzw. auf leichtere Fälle.

Skizze 13:

PATIENTENZAHL



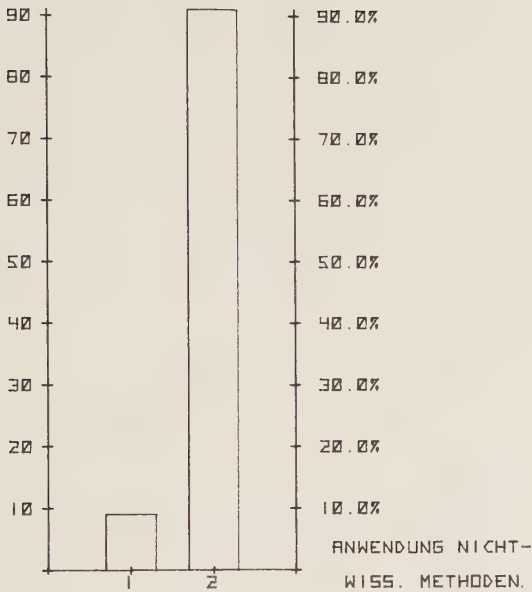
Ohne den Patienten absichtlich falsche Angaben zu unterstellen, besteht der begründete Verdacht, daß viele Probanden erfolglose Versuche in dieser Richtung schnell wieder vergessen - ein im Rahmen psychologischer Untersuchungen sehr häufig zu beobachtendes Phänomen.

Skizze 14 s. Seite 61

Die Fragen 18 und 18.1. können auch zu den sogenannten "Festigkeitsfragen" (vgl. 1.1.3.) gezählt werden, da sich in dieser Antwort nicht zuletzt das Vertrauen in die ärztliche Autorität widerspiegelt.

Skizze 14:

PATIENTENZAHL



1.1.2.2. Einen höheren Kenntnisstand setzt Frage 26 voraus, in der eine Begründung für die Notwendigkeit der Diabetes-Therapie verlangt wird. Als ausführlichste und im medizinischen Sinn "richtigste" Antwort wäre hier ein theoretischer Abriß über die durch Insulinmangel entstehende Stoffwechselsituation und die daraus sich ergebenden Folgen für das aktuelle Befinden wie für Verlauf und Prognose der Krankheit zu erwarten gewesen. Eine Begründung in dieser Ausführlichkeit erfolgte jedoch in keinem Fall.

98 % der Befragten waren von der Notwendigkeit einer Therapie überzeugt.

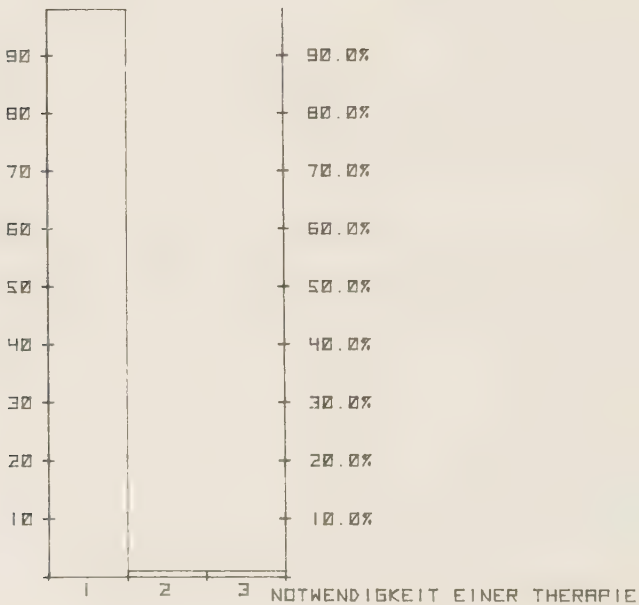
Frage 26: Sehen Sie die Notwendigkeit, daß Ihre Zuckerkrankheit behandelt wird? (Tab. 25, Skizze 15)

Tab. 25: Ansichten der Patienten zu der Notwendigkeit einer Therapie der Zuckerkrankheit

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) ja	44	98 %	54
(2) nein	1	1 %	-
(3) weiß nicht	-	1 %	1

Skizze 15:

PATIENTENZAHL



Die Frage nach dem "Warum" brachte jedoch manchen in Verlegenheit. Auffallend viele Patienten reagierten überrascht und brauchten Bedenkzeit, um ihre - dann oft sehr vage - Antwort zu formulieren. Offenbar machen sich nur wenige Diabetiker die Gründe bewußt, die es erfordern, sich einer doch sehr stark in ihren Alltag eingreifen- den Therapie zu unterziehen.

Frage 26.1.: Warum muß Ihrer Ansicht nach die Zuckerkrankheit be- handelt werden? (Tab. 26)

Tab. 26: Begründung der Notwendigkeit einer Behandlung der Zuckerkrankheit

	Männer	gesamt	Frauen
Verschlechterung des Allgemein- zustandes	15	42	27
Gefahr des Komas	16	29	13
Verhütung von Spätschäden	7	25	18
weil es die Ärzte sagen	1	3	2
um den Zuckerspiegel des Blutes zu kennen	5	8	3
um das Leben zu verlängern	3	5	2
ohne Behandlung Unverträglichkeit von bestimmten Nahrungsmittel, z.B. Fett	1	1	-
Schwäche des Pankreas	2	5	3
um die Notwendigkeit von Insulin- injektionen hinauszuzögern	1	2	1
wegen der Erblichkeit der Zucker- krankheit	1	1	-
wegen der schlechten Wundheilung	1	1	-
um den Diabetes zu heilen	-	1	1
weil sie einen juvenilen Diabetes hat	-	1	1
weiß nicht	1	2	1

Die relativ seltene Erwähnung der Gefahr von Spätschäden (25 %) als Behandlungsgrund im Vergleich zu den den Patienten aktuell bedrohen- den Beschwerden wie Verschlechterung des Allgemeinzustandes (42 %) und Gefahr des Komas (29 %) läßt zwei Wege der Interpretation offen:

- Die persönliche Erfahrung stellte eine sehr viel stärkere Motivation dar, sich einer Therapie zu unterziehen als die Androhung künftiger negativer Folgen. (Hierbei ist wiederum die Zusammensetzung des Patientengutes zu berücksichtigen, vgl. III.1.)
- Die fühlbaren Auswirkungen einer Krankheit überzeugen auch den ungeschulten Patienten, dem die Gefahr eventueller Spätkomplikationen gar nicht bewußt ist, von der Notwendigkeit der Therapie.

Das Ergebnis der Folgefrage 27 läßt beide Interpretationen zu.

Frage 27: Haben Sie schon einmal von den Spätschäden der Zuckerkrankheit gehört? (Tab. 27, Skizze 16)

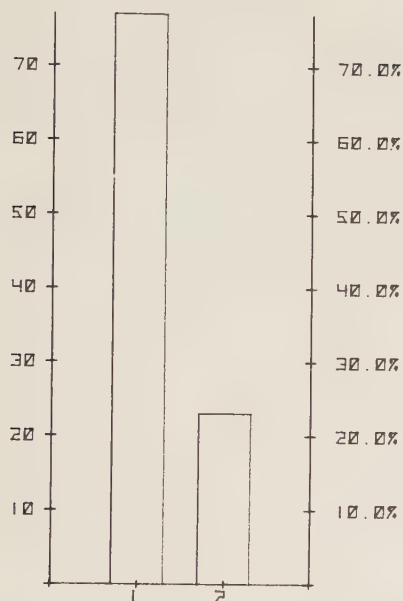
Tab. 27: Befragung der Patienten zur Kenntnis von Spätschäden des Diabetes mellitus

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) ja	34	77 %	43
(2) nein	11	23 %	12

Gegenüber den 98 %, die eine Therapie für notwendig erachten, kennen 77 % den Begriff "Spätschäden" (jedoch nur 25 % begründen die Notwendigkeit der Therapie damit).

Skizze 16:

PATIENTENZAHL



KENNTNIS DES BEGRIFFS "SPÄTSCHÄDEN"

Frage 27.1.: Können Sie Spätschäden nennen? (Tab. 28, Skizze 17)

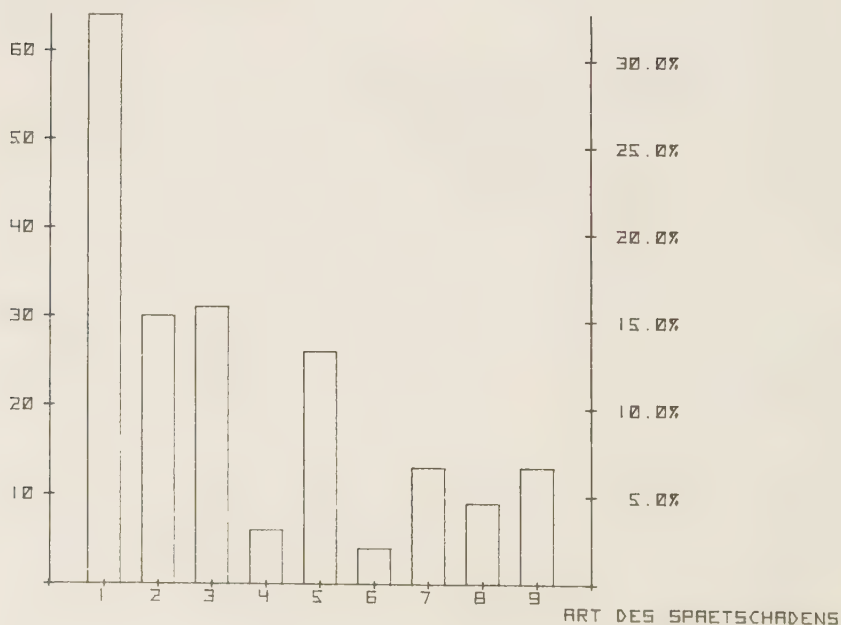
Tab. 28: Häufigkeit der Nennung von Spätschäden

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) an den Augen	29	64 %	35
(2) an den Nieren	11	30 %	19
(3) an den Gliedmaßen	15	31 %	16
(4) an den Nerven	2	6 %	4
(5) Durchblutungsstörungen	12	26 %	14
(6) schlechte Wundheilung	-	4 %	4
(7) am Herzen	7	13 %	6
(8) an der Leber	5	9 %	4
an der Galle	1	2 %	1
(9) an den Gefäßen	9	13 %	4

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
an der Haut (Ulcus cruris)	2	3 %	1
Haarausfall	-	1 %	1
Juckreiz	-	1 %	1
an den Knochen	1	1 %	-
an der Lunge	1	1 %	-
am Magen	1	1 %	-
Rheumaempfindlichkeit	1	1 %	-
Stoffwechselschäden	1	1 %	-
Gangrän	-	1 %	1
am Gehirn	-	1 %	1
Blutdruckanstieg	-	2 %	2

Skizze 17:

HÄUFIGKEIT DER NENNUNG



Die häufigsten Spätschäden sind auch die bekanntesten, so läßt sich das Ergebnis von Frage 27.1. am treffendsten charakterisieren.

60 % der Befragten, die den Begriff "Spätschäden" nicht kannten, konnten sich auch nichts darunter vorstellen.

Frage 27.2.: Können Sie sich darunter irgendetwas vorstellen?

(Tab. 29)

Tab. 29: Befragung der Patienten, die den Begriff "Spätschäden" nicht kannten, zu ihren Vorstellungen über den damit beschriebenen Sachverhalt

	Männer	gesamt	Frauen
ja	5	10	5
nein	5	12	7
weiß nicht	1	1	-

Und das stellten sich die Patienten unter "Spätschäden der Zuckerkrankheit" vor, die den Begriff noch nie gehört hatten:

Frage 27.2.1.: Was stellen Sie sich darunter vor? (Tab. 30)

Tab. 30: Vorstellungen der Patienten zur Bedeutung des Begriffes "Spätschäden"

	Männer	gesamt	Frauen
zu spät zum Arzt gegangen	-	1	1
Koma	-	1	1
Lähmungen	-	1	1
Organschäden nach Tabletteneinnahme	-	1	1
bei jeder Krankheit gibt es Schäden	-	1	1
Schäden an Nerven, Nieren, Herz	-	1	je 1
Schäden an den Gliedmaßen, Augen	-	2	je 2
Gedächtnisstörungen	-	1	1
Tod	1	1	-
Ejakulationsstörungen	1	1	-
Schädigung der inneren Organe	1	1	-
Behinderung in jeder Hinsicht	1	1	-
Venenverengung	1	1	-
Anstieg von Blutdruck und Blutzuckerspiegel durch Diätfehler	1	1	-
weiß nicht	1	6	5

Die Antworten zeigen, daß das Wissen über die Gefahr von Spätkomplikationen auch bei vielen Patienten vorhanden ist, die den Begriff selbst nicht kennen, also wahrscheinlich nicht oder nur unzureichend geschult wurden.

Die Problematik der Einordnung der Antworten auf Frage 27.1., die sich auf sehr unterschiedlichem Abstraktionsniveau bewegten, - ein Problem, das bei vielen offenen Fragen auftauchte-, sei an dieser Stelle nur noch einmal erwähnt (vgl. III.3.4.). In allen entsprechenden Fällen wurden möglichst viele Antwortkategorien gebildet, die öfter einunddenselben Sachverhalt - nur in mehr oder weniger theoretischer Darstellungsweise - beinhalten. Gerade die Formulierung, die bei der Nennung eines Faktums gewählt wird, erlaubt einen Rückschluß auf die Genauigkeit der diesbezüglichen Kenntnisse. Um doppelte Angaben zu vermeiden, wurde im Fall der Frage 27.1. jeder angesprochene Spätschaden jedoch nur einmal notiert und zwar auf dem höheren Abstraktionsniveau.

Frage 19 wollte vom Probanden zusätzliche Möglichkeiten der Diabetes-therapie bzw. allgemeine Regeln der Lebensführung, die der Diabetiker beachten sollte, in Erfahrung bringen. Die Formulierung der Frage war absichtlich sehr vage gehalten, um möglichst alle Maßnahmen, die die Patienten zusätzlich ergreifen, zu erfassen. Außerdem war sie vom Konzept her noch als "Fallgrubenfrage" zu 16, 17 und 18 geplant, eine Funktion, die sie allerdings nur bedingt erfüllte. Dem Fehlen eines Bezugsrahmens, der klar definiert hätte, was nun unter der "Grundtherapie" verstanden wird, - die Diät wird im Behandlungsspektrum nicht genannt - dürfte zumindest teilweise die häufige Erwähnung der "Diät" als zusätzlicher Maßnahme zur Last zu legen sein (29 %). Andererseits gilt aber und wird auch in dieser Form in jeder Schulung gelehrt, die Diät als erstes und stets anzuwendendes therapeutisches Prinzip, das man gar nicht mehr gesondert zu erwähnen braucht. Nur 47 % geben an, sie würden Sport treiben bzw. sich in irgendeiner Form körperlich betätigen. Die Form der Fragestellung "Was tun Sie ...?" erlaubt keinen direkten Rückschluß darauf, daß auch nur die Hälfte der Befragten um diese Möglichkeit weiß, jedoch lassen die Reaktionen der Probanden während des Interviews diese Hypothese durchaus zu. Hier zeigt sich eine Parallele zu den Ergebnissen von Frage 15, aus denen die Diät eindeutig als unbekannteste aller Therapiemöglichkeiten hervorgeht.

1.1.2.3. Frage 19: Was tun Sie außer der Behandlung mit Tabletten/
Insulin noch gegen Ihre Zuckerkrankheit? (Tab.31)

Tab. 31: Zusätzliche von den Patienten zur Therapie des
Diabetes mellitus angewandte Maßnahmen

	Männer	gesamt	Frauen
Körperliche Betätigung	21	47	26
Kur	2	4	2
regelmäßige Lebensführung	-	2	2
Körper- und Fußpflege	-	1	1
Vorsorge gegen Spätschäden	-	1	1
Joga	-	1	1
Atemgymnastik, frische Luft	-	1	1
Anwendung von "Hausmitteln"	-	1	1

1.1.2.4. Eingehende Kenntnisse der Pathophysiologie des Diabetes mellitus waren Voraussetzungen einer adäquaten Beantwortung von 24.3.. Unabhängig von der Tatsache, ob sie schon von der Möglichkeit der Behandlung durch eine künstliche Bauchspeicheldrüse gehört hatten (68 % hatten davon gehört) bzw. ob sie an diese Therapiemöglichkeit glaubten (51 %), sollten die Probanden Vorstellungen über die Art und Weise entwickeln, in der eine solche Behandlung vor sich gehen könnte. 42 % der Befragten konnten hierzu keine Aussagen machen, von den übrigen wurden großteils rechte vage Vorstellungen geäußert, wobei die meisten die Implantation irgendeines technischen Apparates nannten. Nur 15 % der Patienten argumentierten überhaupt auf pathophysiologischer Basis.

Frage 24.1.: Ist Ihrer Ansicht nach die Möglichkeit gegeben, die Zuckerkrankheit mit einer künstlichen Bauchspeicheldrüse zu behandeln? (Tab. 32)

Tab. 32: Befragung der Patienten zu ihrer Ansicht über die Möglichkeit, die Zuckerkrankheit mit einer künstlichen Bauchspeicheldrüse zu behandeln

	Männer	% des Gesamtkollektivs	Frauen
ja	7	14 %	7
in Deutschland nicht, aber in den USA	2	7 %	5
jetzt noch nicht, aber in Zukunft	11	29 %	18
nein	10	23 %	13
weiß nicht	12	26 %	14

Frage 24.3.: Wie stellen Sie sich die Behandlung vor? (Tab. 33)

Tab. 33: Vorstellungen der Patienten zur Funktionsweise der künstlichen Bauchspeicheldrüse

	Männer	% des Gesamtkollektivs	Frauen
Implantation	13	40 %	27
ähnlich wie bei der künstlichen Niere	2	5 %	3
speichert Insulin und schüttet es nach Bedarf aus	6	11 %	5
kontrolliert den Blutzucker	5	6 %	1
Herzschrittmacherprinzip	2	5 %	3
Transplantation vom Rind	1	2 %	1
mit Magensonde eingeführt	1	1 %	-
Spritze, die das Pankreas in Gang setzt	1	1 %	-
Bestrahlung	-	1 %	1
glaubt nicht an diese Möglichkeit	-	1 %	1
keine Vorstellung	21	42 %	21

Die Folgefrage sollte dann sondieren, inwieweit den Patienten bewußt ist, daß die Diabetestherapie ihrem Wesen nach eine symptomatische Therapie ist, da sie nur die Stoffwechselbalance wiederherstellt, nicht aber die eigentlichen Krankheitsursachen beseitigt. Deshalb

wäre hier die beste Antwort eine Aussage in dem Sinn gewesen, daß zusätzliche therapeutische Maßnahmen nötig seien. Der Halo-Effekt von 24.3. (vgl. III.2.3.1.) sollte auf diese Erkenntnis hinführen.

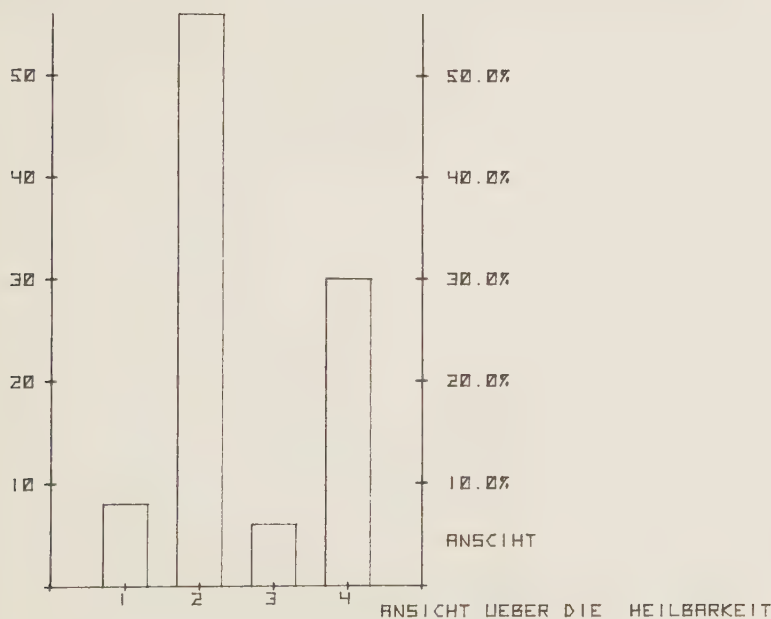
Frage 24.4.: Glauben Sie, daß die Zuckerkrankheit dann geheilt ist? (Tab. 34)

Tab. 34: Befragung der Patienten zu ihrer Ansicht über die Heilbarkeit des Diabetes mellitus durch die Anwendung einer künstlichen Bauchspeicheldrüse

	Männer	% des Gesamtkollektivs	Frauen
(1) ja	4	8 %	4
(2) nein	28	56 %	28
(3) zusätzliche therapeutische Maßnahmen nötig	1	6 %	5
(4) weiß nicht	12	30 %	18

Skizze 18:

PATIENTENZAHL



Der enttäuschend niedrige Prozentsatz von 6 %, der in dieser Weise reagierte, kann jedoch nicht nur dem Wissensstand der Probanden, sondern auch der Formulierung der Frage zur Last gelegt werden, die auch die Antwort "nein" ohne Zusatz (56 %) als ausreichend erscheinen ließ. (Die Antwortkategorien wurden nicht vorgegeben, weil es sich um eine Wissensfrage handelte (s. III.2.2.)

Trotz dieser Einschränkung der Aussagekraft läßt der Vergleich mit dem Abstraktionsniveau bei der Beantwortung der anderen Fragen darauf schließen, daß nur wenige Patienten einen ausreichenden Kenntnisstand aufweisen, um die Unheilbarkeit des Diabetes mellitus aus der Unmöglichkeit einer kausalen Therapie begründen zu können.

1.1.2.5. Nummer 25 war als Frage für "Spezialisten" gedacht, da die Antwort hierauf in Abhängigkeit von der Höhe des Kenntnisstandes verschieden ausfallen mußte.

Frage 25: Nehmen wir einmal an, Sie haben Ihre Diät nicht genau eingehalten. Kann man diesen Diätfehler dadurch ausgleichen, daß man die Tabletten- oder Insulindosis ändert? (Tab. 35)

Tab. 35: Befragung zur Möglichkeit der eigenständigen Änderung der vorgeschriebenen Tabletten- oder Insulindosis

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
man kann die Insulindosis ändern	6	14 %	8
man kann die Tablettendosis ändern	5	10 %	5
nur in Ausnahmefällen	10	18 %	8
man darf die vorgeschriebene Dosis auf keinen Fall ändern	15	46 %	31
weiß nicht	4	12 %	8

Der durchschnittlich geschulte "brave" Diabetiker sollte hier mit "nein" antworten (46 %) oder sich so unsicher sein, daß er selbst nie versuchen würde, die vorgeschriebene Therapie zu variieren (12 %). Wer die Tablettendosis ändern will, ist schlecht unterrichtet (10 %), ebenso die Patienten, die zu dem Problem keine Meinung haben (12 %). Die Angabe "nur in Ausnahmefällen" (18 %) ist schwer einzuordnen, wohingegen die Aussage, man könne die Insulindosis ändern,

eine differenzierte Kenntnis der Therapie beweist, da sie einiges an Vorinformation voraussetzt. Sie wurde immerhin von 14 % der Patienten gemacht.

Kritisch soll hier angemerkt sein, daß eventuell eine suggestive Komponente (Nicht-Einhalten der Diät wird negativ gewertet) in der Fragestellung manche Patienten von der letzten Antwort abgehalten haben mag. Im Nachhinein würde eine ideale Formulierung etwa so lauten müssen: "Nehmen wir einmal an, Ihr Kalorienverbrauch weicht an einem Tag von der Kalorienzahl ab, auf die Ihr Behandlungsschema eingestellt ist?..."

Ein Vergleich mit dem Ergebnis von 24.3., wo ein etwa gleich großer Prozentsatz der Patienten pathophysiologische Kenntnisse zeigte, spricht für die Hypothese, daß sich der Anteil der gut geschulten Diabetiker, die über den theoretischen Hintergrund ihrer Krankheit so weit Bescheid wissen, daß sie zu eigenständigen theoretischen Handlungen in der Lage sind, auf etwa 15 % beläuft.

1.1.3. Fragen zur Prüfung der Festigkeit der dargebotenen Reaktionen

Die bloße Nennung von Fakten gibt zwar Aufschluß über die Höhe des Kenntnisstandes, jedoch nicht darüber, wie der Patient zu diesen Kenntnissen steht, wie überzeugt er von der Richtigkeit und Gültigkeit des Dargebotenen ist. Gerade bei Patienten, die nur die Fragen mit relativ niedrigen Anforderungen an das Abstraktionsvermögen richtig beantworten konnten, ist zu prüfen, inwieweit sie durch Falschinformationen beeinflussbar sind.

1.1.3.1. Die Anregung zur Frage 23, die als sogenannte "Fallgrubenfrage" die Festigkeit des Wissens prüfen sollte, lieferten einige Zeitungsberichte, die von der Möglichkeit einer Strahlenbehandlung der Zuckerkrankheit kündeten, einem Prinzip, dessen Aussichtslosigkeit schon aus einem pathophysiologischen Minimalwissen ableitbar ist. Dennoch legt sich nur 31 % eindeutig auf die kategorische Ablehnung jeglicher Erfolgsaussichten fest, während 67 % sich mit dem unbestimmten "weiß nicht" aus der Affäre zogen.

Frage 23.1.: Haben Sie schon von einer Strahlenbehandlung der Zuckerkrankheit gehört? (Tab. 36)

Tab. 36: Wissen um die Möglichkeit einer Strahlenbehandlung des Diabetes mellitus

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
ja	3	6 %	3
nein	42	94 %	52

Frage 23.2.: Wie sehen Sie den Erfolg einer solchen Behandlung? (Tab. 37)

Tab. 37: Beurteilung der Erfolgchancen einer Strahlenbehandlung des Diabetes mellitus

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
Genmutation	1	1 %	-
Besserung des Diabetes	1	1 %	-
glaubt nicht an einen Erfolg	14	31 %	17
weiß nicht	29	67 %	38

1.1.3.2. Frage 20 sollte den Grad der Überzeugung von und des Glaubens an die Richtigkeit der von der Schulmedizin dargebotenen Inhalte prüfen. Obwohl sich die Ärzteschaft alle Mühe gibt, die Patienten über die Fehlmeldung der Sensationspresse, Süßstoffe würden Krebs erzeugen, zu beruhigen, herrscht nach wie vor ein weites Unbehagen ob der eventuellen Nachwirkungen dieser kalorienfreien und daher gerade für den adipösen Diabetiker sehr nützlichen Form des Süßens.

Frage 20: Glauben Sie, daß Süßstoffe schädlich sind? (Tab. 38, Skizze 19)

Tab. 38: Beurteilung der Schädlichkeit von Süßstoffen

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) ja	7	22 %	15
(2) vielleicht	4	8 %	4
(3) nein ⁺	33	63 %	30
(4) weiß nicht	1	7 %	6

Skizze 19 s. Seite 76

Frage 20.2.: Wie wirken sie Ihrer Ansicht nach? (Tab. 39)

Tab. 39: Vorstellungen der Patienten über die Art der durch Süßstoffe erzeugten Schäden

	Männer	gesamt	Frauen
krebserzeugend	5	9	4
verstopfend	2	3	1
sind unverträglich	1	1	-
sind magenschädlich	-	2	2
"chemisches Zeug"	3	5	2
Nierenentzündung	-	1	1
pelzige Zehen	-	1	1
Herzschäden	-	1	1
karieserregend	-	1	1
haben einen widerlichen Nachgeschmack	-	2	2
weiß nicht	5	10	5

Das Ergebnis dieser Frage, 63 % glaubten nicht an schädliche Wirkungen, wobei diese Zahl wegen der zusätzlichen Einschränkungen bei vielen "nein"-Antworten eher noch niedriger anzusetzen ist, läßt auf erhebliche Zweifel der Patienten an der Schulmedizin schließen, auch wenn die angeführten befürchteten Nebenwirkungen (nur 9 % geben die Erzeugung von Krebs an), gegen diese Interpretation zu sprechen scheinen.

⁺Die Antwort "nein" wurde oft mit dem Zusatz versehen, man dürfe nicht zu viel nehmen, einige Patienten versicherten im gleichen Atemzug, sie selbst würden nie Süßstoffe verwenden.

Es fragt sich nämlich, inwieweit die Patienten gerade diese Frage unter dem Eindruck des Auftraggebereffekts und als Gegenreaktion zu ihrer Offenheit bei den Frageserien 16 und 17 im Sinne der sozialen Erwünschtheit beantworten wollten und inwieweit auch hier wieder die schon bei Frage 18 (vgl. 3.4.) diskutierte Ambivalenz eine Rolle spielt. Ähnliche Effekte könnten auch die Antworten auf Frage 21 beeinflusst haben.

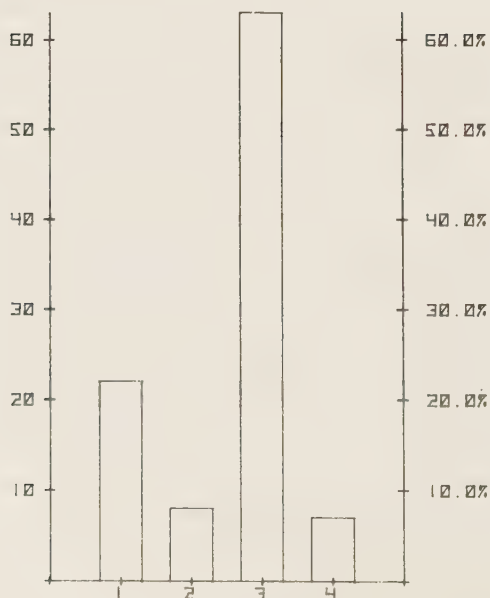
Frage 21.1.: Halten Sie die Tabletten, die es gegen die Zuckerkrankheit gibt, für schädlich? (Tab. 40, Skizze 20)

Tab. 40: Ansicht der Probanden über die Schädlichkeit der oralen Antidiabetika

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) ja	14	29 %	15
(2) vielleicht	6	13 %	7
(3) nein	20	45 %	25
(4) weiß nicht	5	13 %	8

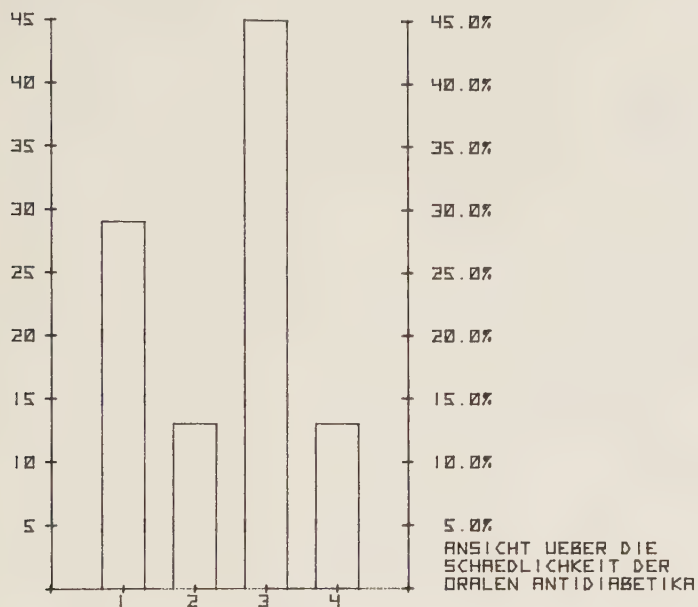
Skizze 19:

PATIENTENZAHL



Skizze 20:

PATIENTENZAHL



Frage 21.2.: Welche Art von Schäden sind Ihnen bekannt? (Tab. 41)

Tab. 41: Befragung zur Kenntnis von Tablettenschäden

	Männer	gesamt	Frauen
Leberschäden	4	5	1
Magenschmerzen	9	20	11
Übelkeit	2	4	2
Durchfall	-	1	1
Verstopfung	1	1	-
Abmagerung	1	1	-
Nachlassen von Appetit und Aktivität	-	1	1
Hypoglykämien	1	1	-
Schwindelgefühl	1	1	-

	Männer	gesamt	Frauen
Nierenschäden	2	4	2
Absinken der Urinmenge	-	1	1
Brennen im Unterleib	-	1	1
Augenschäden	1	2	1
Herzschäden	-	1	1
Krebs	1	1	-
psychische Labilität	-	1	1
allgemeine Tablettenschäden	2	3	1
weiß nicht	1	5	4

Frage 21.4.: Wissen Sie, welches Präparat diese Wirkungen hat?
(Tab. 42)

Tab. 42: Befragung zur Art der die Nebenwirkungen hervorrufenden
Präparate

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
Biguanid	3	6 %	3
Sulfonylharnstoff	2	6 %	4
weiß nicht	16	31 %	15
Tabletten im allgemeinen	1	2 %	1

Diese Frage ist zur Erkundung des Wissensstandes nur bedingt geeignet, da die Diabetesaufklärung aus psychologischen Gründen (Placeboeffekt) den Patienten die eventuell bei der Tabletteneinnahme zu erwartenden Nebenwirkungen nicht schon von vornherein bekanntmacht. Deshalb steht sie auch etwas außerhalb des Kreises der bisher abgehandelten Fragen, wird aber an dieser Stelle besprochen, da die Art der vermuteten Schäden und die Unfähigkeit fast aller Patienten, sie den verschiedenen Präparaten zuzuordnen, sich gut in den Rahmen der übrigen Ergebnisse einfügt und wohl als weiterer Indikator die sich im Laufe der Diskussion immer eindeutiger abzeichneten Erkenntnisse untermauert:

1.1.4. Zusammenfassung:

Die zweifellos vorhandene Informationsfreudigkeit und -bereitschaft des Großteils der befragten Diabetiker läßt schnell nach, sobald sie größeren Aufwand beansprucht. Der Kenntnisstand speziell über die Pathophysiologie des Diabetes mellitus - ein relativ anspruchsvolles Thema - muß als **sehr** lückenhaft und insgesamt unbefriedigend beurteilt werden. Eine weitere "schwache Stelle" liegt in der Einschätzung der Bedeutung der Diät als Grundelement jeder Diabetestherapie, ein Ergebnis, das sich sehr gut in die Reihe früherer Untersuchungen fügt (51, 44). Die Kenntnis der Spätschäden kann als einigermaßen befriedigend gelten, wenn man in Rechnung stellt, daß als moralische Motivation zur genauen Einhaltung der Therapie die Kenntnis einiger möglicher Folgen bzw. allein schon das Wissen um die Existenz solcher Folgen ausreichend sein dürfte und auch aus Gründen der psychologischen Führung der Patienten allzugroßes "Schwarzmalen" vermieden werden sollte. Deshalb werden die Spätkomplikationen bei den üblichen Schulungsprogrammen zwar erwähnt, aber man versucht, den Befürchtungen und Ängsten, die ihre Aufzählung notwendigerweise hervorruft, die Spitze zu nehmen und die Patienten insgesamt positiv zu motivieren, indem man die Vermeidung dieser Schäden durch genaue Stoffwechseleinstellung in Aussicht stellt.

Insgesamt gesehen kann bei dem größten Teil der Probanden ein Basiswissen vorausgesetzt werden, das jedoch für die Beantwortung von Fragen, die eine auch noch so geringe Anforderung zu Abstraktion, zum "Mitdenken", beinhalten, nicht ausreicht. Eine eingehende Beschäftigung mit den Problemen der Ätiologie, Pathophysiologie, Therapie und Spätkomplikationen darf man nur von einem geringen Prozentsatz der Patienten erwarten. Von der Fähigkeit zum "quasiärztlichen Handeln", die als Idealziel der Diabetikerschulung gelten kann, sind die meisten der Befragten noch weit entfernt.

1.2. Subjektive Einschätzung des Kenntnisstandes durch die Patienten

1.2.1. Im Gegensatz zum insgesamt unbefriedigenden Ergebnis der objektiven Prüfung des Kenntnisstandes hielten sich 86 % der Befragten für ausreichend informiert und nur 8 % waren der Meinung, ihr Wissen würde nicht ausreichen.

Frage 8: Glauben Sie, daß Sie über Ihre Zuckerkrankheit ausreichend informiert sind? (Tab. 43, Skizze 21)

Tab. 43: Befragung der Patienten zur Selbsteinschätzung ihres Kenntnisstandes

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) ja	41	86 %	45
(2) nein	1	8 %	7
(3) weiß nicht	3	6 %	3

Skizze 21 s. Seite 81

Frage 8.1.: Warum sind Sie nicht genügend informiert? (Tab. 44)

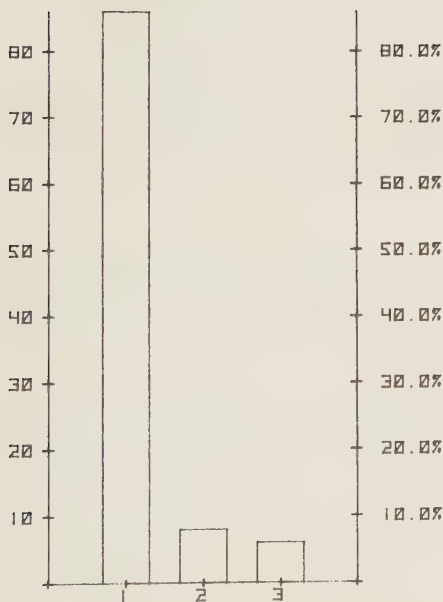
Tab. 44: Befragung der Patienten zu den Gründen ihres unzureichenden Kenntnisstandes über die Zuckerkrankheit

	Männer	gesamt	Frauen
Ärzte verschweigen das meiste	1	1	-
zu wenig Zeit	1	1	-
besonders wenn man nach Dingen fragt, die in der Zeitung standen, erfährt man von den Ärzten zu wenig	1	1	-
weiß nicht	1	4	3
man hört so verschiedene Meinungen	-	2	2
glaubte, das wäre nicht nötig, da der Diabetes wieder weggehen würde	-	1	1
möchte mehr über Tees, Akupunktur, Homöopathie wissen	-	1	1

	Männer	gesamt	Frauen
theoretische Informationen stimmen mit der Praxis nicht überein	-	1	1
man vergißt im Laufe der Zeit so vieles	-	1	1
man hört immer wieder neue wissenschaftliche Erkenntnisse	-	1	1

Skizze 21:

PATIENTENZAHL



SELBSTEINSCHÄTZUNG DES KENNNTNISSTANDES

1.2.2. Schlußfolgerungen

Die Diskrepanz zwischen objektiver Messung und subjektiver Einschätzung des Kenntnisstandes mag in Verbindung mit den Ergebnissen von V.1.1.1. und V.2.1.5. die Erklärung für das Phänomen liefern, daß die Patienten trotz häufiger Beschäftigung mit den Alltagsproblemen, die ihre Krankheit aufwirft und mit deren allgemeinen Hintergründen bei genauerer Befragung nur sehr oberflächliche Angaben machen können. Interesse wird mit Wissen verwechselt. Man hat alles schon irgendwo einmal gehört, die Begriffe sind bekannt und somit hält der Großteil die nähere Befragung mit einem Problem für überflüssig und läßt sich zwar noch mit Information berieseln, ohne sie jedoch aufzuarbeiten.

Sicher wäre ein Teil der Patienten auch intellektuell überfordert, wollte man von ihm die genaue Kenntnis der pathophysiologischen Mechanismen erwarten, die zur Entstehung der Symptomatik "Diabetes mellitus" führen. Jedoch ist diese Zahl (vgl. Schulbildung, IV.) nicht so hoch, um allein die Ergebnisse von 1.1. zu rechtfertigen.

Inwieweit die hier zum Ausdruck kommende Selbstüberschätzung sich negativ auf das Therapieverhalten auswirkt, wird bei der Diskussion der folgenden Punkte zu klären sein.

1.3. Einfluß des Wissensstandes auf die aktive Mitwirkung der Patienten bei der Therapie und das Interesse am aktuellen Krankheitsverlauf

1.3.1. Der wichtigste Beitrag des Patienten zur Behandlung ist die exakte Beachtung der Therapievorschriften, insbesondere eines speziell auf ihren Fall zugeschnittenen Diätplanes. Gerade die Einhaltung der Diät jedoch hängt dabei nicht nur vom guten Willen, sondern von einer fundierten Kenntnis von Kohlenhydratgehalt, Nährwert etc. der einzelnen Lebensmittel ab.

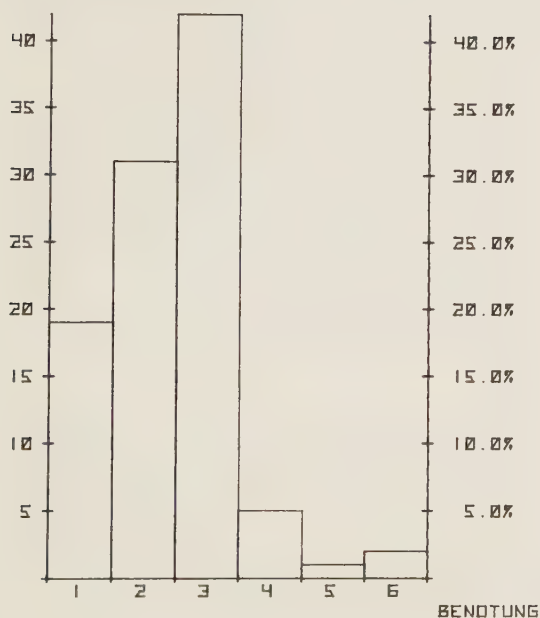
Frage 5: Wie genau halten Sie sich an die vorgeschriebene Diät?
(Tab. 45, Skizze 22)

Tab. 45: Selbsteinschätzung des Diätverhaltens

		Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1)	1	8	19 %	11
(2)	2	14	31 %	17
(3)	3	19	42 %	23
(4)	4	3	5 %	2
(5)	5	-	1 %	1
(6)	6	1	2 %	1

Skizze 22:

ANZAHL DER ANTWORTEN



Nur 8 % der Befragten benoten bei Frage 5 ihr Diätverhalten schlechter als "befriedigend", jedoch auch nur 19 % geben sich die Note 1. Dies könnte schon als Hinweis darauf gelten, daß das Ergebnis trotz des guten optischen Eindrucks nicht zu dem Schluß führen darf, das befragte Kollektiv würde ein vorbildliches Diätverhalten an den Tag legen. Frühere Arbeiten (51, 45) zeigen, daß vielen Diabetikern ein starker Trend zur Überbewertung der eigenen diätetischen Bemühungen unterstellt werden muß - eine Tendenz, die der unter 1.1. und 1.2. gezeigten Überschätzung des Informationsverhaltens entspricht. Aus diesem Grund wird das Ergebnis von Frage 5 im folgenden Text nicht weiter als Indikator verwendet, obwohl ebenfalls bewiesen wurde (44), daß der Informationsgrad normalgewichtiger Diabetiker höher ist als der übergewichtiger Patienten und dieser Faktor ganz sicherlich mit dem Diätverhalten korreliert.

1.3.2. Kaum von subjektiven Einflüssen abhängig und deshalb ein sehr viel verlässlicherer Indikator ist die Genauigkeit der Angaben von Blut- bzw. Harnzuckerwerten durch die Patienten.

Wie bereits unter 1.1.1.3. dargelegt, stellt besonders die Kenntnis des Harnzuckerwertes einen guten Indikator für den Informationsgrad dar. Obwohl nur 44 % der Befragten den Harnzuckerwert richtig angeben konnten, machten nur 8 % aller Patienten, die glaubten, diesen Wert zu kennen, eine völlig falsche Aussage. Dieses Ergebnis läßt den Rückschluß zu, daß ein hoher Kenntnisstand insofern einen starken Einfluß auf die Beobachtung des aktuellen Krankheitsverlaufes durch die Patienten hat, als er sie erst zu einer eigenständigen Interpretation ihrer Werte befähigt.

(Zur Darstellung und Diskussion der Ergebnisse der Fragen 6. und 7. s. 1.1.1.3.)

1.3.3. Die Fragestellung, inwieweit sich der Kenntnisstand auf das Interesse am aktuellen Krankheitsverlauf und auf das Therapieverhalten auswirkt, kann nur in sehr beschränktem Ausmaß (vgl. 1.3.1. und 1.3.2.) aus der Beantwortung der einzelnen Fragen direkt geklärt werden. Aus diesem Grund wurden jeweils Antworten einunddesselben Probanden zu zwei Fragen, von denen die

eine als Indikator für den Informationsgrad, die andere als Indikator für das Therapieverhalten gelten kann, in Form einer Mehrfeldtafel ausgezählt und auf einen Zusammenhang (Alternativhypothese) bzw. auf dessen Fehlen hin (Nullhypothese) mit Hilfe des χ^2 -Tests überprüft. Als Maß für die Stärke eines eventuell vorhandenen Zusammenhangs wurde der Pawliskische Kontingenzkoeffizient errechnet, der bei völliger Unabhängigkeit den Wert Null und bei völliger Abhängigkeit der Variablen voneinander den Wert Eins annimmt (30, 42).

Bei Ablehnung der Nullhypothese konnte auf diesem Weg bewiesen werden, daß, je nach Signifikanzniveau mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1 bzw. 5 % in den einzelnen Untergruppen die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten eines bestimmten Ereignisses nicht gleich ist.

Um eine Anwendung des Tests rechnerisch möglich zu machen, wurden die Daten teilweise zu größeren Gruppen zusammengefaßt und so eine Unterbesetzung einzelner Felder vermieden. Aus diesen Erwägungen mußte auch auf die Verwendung von Indikatoren aus der Gruppe 1.1.2. zum Großteil verzichtet werden. Im folgenden sind jeweils die Zahlen wiedergegeben, die in die Rechnung eingesetzt wurden.

1.3.3.1. Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen Interesse am aktuellen Krankheitsverlauf und Höhe des Kenntnisstandes

- 1.3.3.1.1. Aus den oben beschriebenen Testfragen für den Informationsgrad wurden die folgenden ausgewählt und auf ihren Bezug zur Kenntnis der Harnzuckerwerte als Indikator für das Interesse am aktuellen Krankheitsverlauf hin überprüft:

Frage 10: Informationshäufigkeit (vgl. 1.1.1.1.)

Tab. 46: 7.1. Kenntnis der Harnzuckerwerte / 10. Informationshäufigkeit

Kenntnis der Harnzuckerwerte		
7.1./10.	ja oder ungefähr	nein
Information bei jeder Gelegenheit	44	28
Information ab und zu oder selten	15	13

Testergebnis: Ablehnung der Nullhypothese auf einem Signifikanzniveau von 5 % bei einem Pawlikwert von 0,097

Frage 9: Kenntnis und Bewertung des Schulungsprogramms der III. Medizinischen Abteilung (vgl. 1.1.1.2.)

Tab. 47: 7.1. Kenntnis der Harnzuckerwerte / 9. Kenntnis und Bewertung des Schulungsprogramms der III. Medizinischen Abteilung

Kenntnis der Harnzuckerwerte		
7.1./9.	ja oder ungefähr	nein
Note 1	37	18
Note 2	14	8
Noten 3 bis 0	8	15

Testergebnis: Ablehnung der Nullhypothese auf einem Signifikanzniveau von 5 % bei einem Pawilkwert von 0,369

Frage 9: Bewertung der Bekannten als Informationsquelle (vgl. 4.1., 4.2.1., 4.3., 4.5.)

Tab. 48: 7.1. Kenntnis der Harnzuckerwerte / 9. Bewertung der Bekannten als Informationsquelle

Kenntnis der Harnzuckerwerte		
7.1./9.	ja oder ungefähr	nein
Noten 1 bis 3	12	11
Noten 4 bis 6	47	30

Testergebnis: Ablehnung der Nullhyothese auf einem Signifikanzniveau von 5 % bei einem Pawlikwert von 0,106

Frage 22: Kenntnis des Diabetes-Journals (vgl. 1.1.1.2.)

Tab. 49: 7.1. Kenntnis der Harnzuckerwerte / 22. Kenntnis des Diabetes-Journals

Kenntnis der Harnzuckerwerte

7.1./22.	ja oder ungefähr	nein
Kenntnis des Diabetes-Journals		
ja	26	11
nein	33	30

Testergebnis: Annahme der Nullhypothese

1.3.3.2. Um den Faktor Diätverhalten trotz der unter 1.3.1. dargelegten Einwände in die Rechnung mitaufzunehmen, wurde Frage 15 als Indikator gewählt, obwohl auf den ersten Blick nur eine lockere Beziehung zwischen der Nennung von Behandlungsmöglichkeiten der Zuckerkrankheit und der Beachtung der Diätvorschriften zu bestehen scheint. Da jedoch die Bedeutung der Diät als Grundelement jeder Diabetestherapie bisher noch immer viel zu wenig bekannt ist, steht zu erwarten, daß die Diabetiker, die sie gleichberechtigt mit Insulin und Tabletten als dritte Behandlungsmöglichkeit angeben konnten, auch verstärkt um eine genaue Einhaltung ihres Diätschemas bemüht sind.

Als Indikatoren für die Höhe des Kenntnisstandes wurden gewählt:

Frage 22: Kenntnis des Diabetes-Journals (vgl. 1.1.1.2.)

Tab. 50: 15. Anzahl der genannten Behandlungsmöglichkeiten des Diabetes mellitus / 22. Kenntnis des Diabetes-Journals

Zahl der genannten Behandlungsmöglichkeiten

15./22.	1 - 2	3
Kenntnis des Diabetes-Journals		
ja	12	26
nein	39	23

Testergebnis: Ablehnung der Nullhypothese auf einem Signifikanzniveau von 1 % bei einem Pawlikwert von 0,416

Frage 9: Kenntnis und Bewertung des Schulungsprogramms der III.
Medizinischen Abteilung (vgl. 1.1.1.2.)

Tab. 51: 15. Anzahl der genannten Behandlungsmöglichkeiten des
Diabetes mellitus / 22. Kenntnis und Bewertung des
Schulungsprogramms der III.
Medizinischen Abteilung

	Zahl der genannten Behandlungsmöglichkeiten	
15./9.	1 - 2	3
Note 1	21	33
Note 2	12	11
Noten 3 bis 0	19	4

Testergebnis: Ablehnung der Nullhypothese auf einem Signifikanz-
niveau von 1 % bei einem Pawlikwert von 0,469

Frage 10: Informationshäufigkeit (vgl. 1.1.1.1.)

Tab. 52: 15. Anzahl der genannten Behandlungsmöglichkeiten des
Diabetes mellitus / 10. Informationshäufigkeit

	Zahl der genannten Behandlungsmöglichkeiten	
15./10.	1 - 2	3
Information bei jeder Gelegenheit	38	35
Information ab und zu oder selten	14	14

Testergebnis: Annahme der Nullhypothese

Frage 23.2. Glauben an den Erfolg einer Strahlenbehandlung (vgl. 1.1.3.1)

Tab. 53: 15. Anzahl der genannten Behandlungsmöglichkeiten des
Diabetes mellitus / 23.2. Glauben an den Erfolg
einer Strahlenbehandlung

	Zahl der genannten Behandlungsmöglichkeiten	
15./23.2.	1 - 2	3
nein	14	17
übrige	37	26

Testergebnis: Annahme der Nullhypothese

Frage 24.4. Glauben an eine Heilungsmöglichkeit der Zuckerkrankheit durch eine künstliche Bauchspeicheldrüse (vgl. 1.1.2.4.)

Tab. 54: 15. Anzahl der genannten Behandlungsmöglichkeiten des Diabetes mellitus / 24.4. Glauben an eine Heilungsmöglichkeit der Zuckerkrankheit durch eine künstliche Bauchspeicheldrüse

Zahl der genannten Behandlungsmöglichkeiten

15./24.4.	1 - 2	3
Heilung		
nein	27	30
übrige	24	18

Testergebnis: Ablehnung der Nullhypothese auf einem Signifikanzniveau von 1 % bei einem Pawlikwert von 0,136

1.3.3.3. Schlußfolgerungen

Bis auf zwei Ausnahmen erbrachte der χ^2 -Test eine Ablehnung der Nullhypothese. Damit kann die Existenz eines Zusammenhangs zwischen den Indikatoren für den Informationsgrad und für das Therapieverhalten als gesichert gelten. Da der Pawlikkoeffizient in der Mehrzahl der Fälle allerdings nur zwischen 0,1 und 0,2 liegt, darf nur eine sehr lockere Beziehung unterstellt werden.

1.3.4. Zusammenfassung

Wie auch schon in früheren Arbeiten gezeigt wurde, besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Höhe des Kenntnisstandes über krankheitsspezifische Probleme und den Interesse am aktuellen Krankheitsverlauf bzw. persönlichem Engagement im Rahmen der Therapie.

Sicherlich darf hier das Vorliegen eines wechselseitigen Einflusses postuliert werden. Ein gewisser Informationsgrad versetzt den Patienten erst in die Lage, für die ärztlichen Anordnungen Verständnis aufzubringen, ja, wie im Fall der Diät, sie korrekt auszuführen, und trotz der krankheitsbedingten Einschränkungen ein "normales" Leben zu führen. Aber nicht nur führt ein höherer Kenntnisstand zu einer verstärkten persönlichen Mitarbeit und Unterstützung der therapeutischen Bemühungen der Ärzte, sondern, von einem Diabetiker, der am Verlauf seiner Krankheit interessiert ist darf auch eine höhere Aufnahmebereitschaft für theoretische Probleme und Zusammenhänge der Zuckerkrankheit erwartet werden, als von einem Patienten, der alles, was ihn an sein Leiden erinnern könnte, weit von sich schiebt.

Die Neigung zur Überschätzung der eigenen diätetischen Bemühungen erscheint leicht verständlich, da die exakte Einhaltung der Diätvorschrift tagtäglich hohe Anforderungen an Selbstdisziplin und Willenskraft der Patienten stellt. Dennoch wird auch dieses Problem leichter bewältigt, wenn den Patienten die Bedeutung der Diät im Rahmen der Therapie bewußt ist und die Kenntnis des Nährstoffgehalts der einzelnen Lebensmittel ihnen eine abwechslungsreiche Gestaltung des Speiseplans ermöglicht.

Ein eindrucksvolles Plädoyer für die Forderung nach einer effizienten Schulung liefert die genaue Angabe des Harnzuckerwertes durch nahezu alle Patienten, die überhaupt Interesse für diese Kontrollmöglichkeit des aktuellen Krankheitsverlaufs zeigen.

Auf eine eingehendere Einzelinterpretation der durch Ergebnisse der Auswertung der Mehrfeldertafeln sich abzeichnenden Tendenzen wird bewußt verzichtet, da nur eine kleine Auswahl an Kombinationsmöglichkeiten zur Darstellung kommen konnte. Wollte man detailliertere Schlußfolgerungen ziehen, müßte die Zahl der Indikatoren um ein Vielfaches erweitert und jede Einzelinterpretation wiederum mit mehreren Ergebnissen belegt werden.

2. Allgemeines Gesundheitsverhalten

(vgl. II.2. Seite 3)

2.1. Interesse des Diabetikers am Bereich "Gesundheit"

2.1.1. 45 % der Probanden zeigten sich nach eigenen Angaben an medizinischen Problemen interessiert oder sogar sehr interessiert, 54 % gaben an, für Artikel über Gesundheitsfragen Interesse oder sogar großes Interesse aufzubringen, während nur jeder Fünfte sich überhaupt nicht bzw. nur im eigenen Krankheitsfall mit solchen Fragen beschäftigte (Fragen 35.2. und 39).

Frage 35.2.: Sind Sie ganz allgemein, auch wenn Sie gesund sind, an Informationen über medizinische Probleme interessiert?
(Tab. 55, Skizze 23)

Tab. 55: Interesse der Probanden an Informationen über medizinische Probleme

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) interessiert bis sehr interessiert	20	45 %	25
(2) mäßig interessiert	17	34 %	17
(3) nur interessiert, wenn ich selbst krank bin	7	18 %	11
(4) grundsätzlich nicht interessiert	1	2 %	1
weiß nicht	-	1 %	1

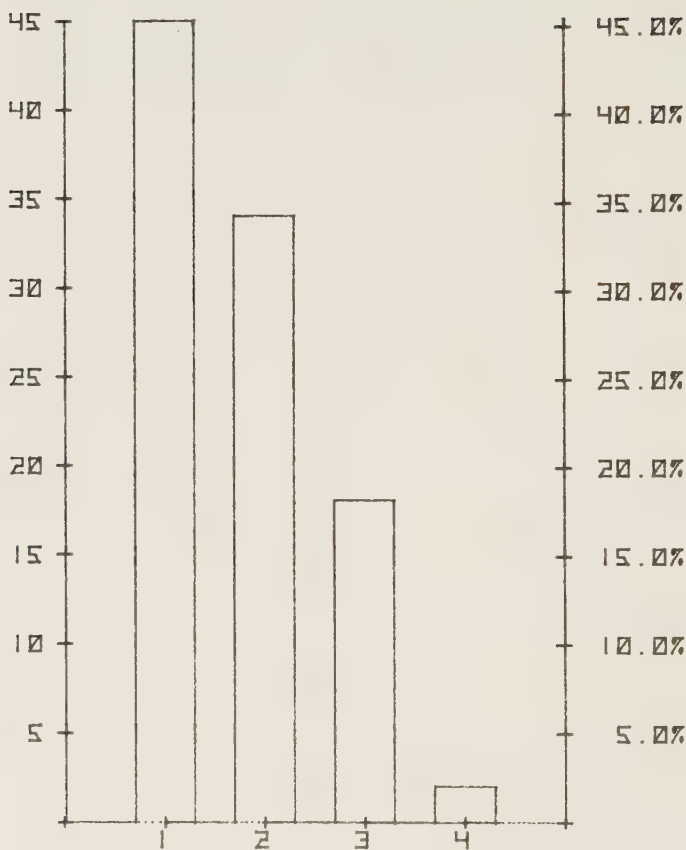
Skizze 23 s. Seite 94

Frage 39: Lesen Sie auch die Artikel über Gesundheitsfragen?
(Tab. 56, Skizze 24)

Tab. 56: Interesse der Probanden an Zeitungsartikeln über medizinische Probleme

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
(1) sehr interessiert	11	22 %	11
(2) interessiert	13	32 %	19
(3) mäßig interessiert	8	20 %	12
(4) kaum interessiert	5	8 %	3
(5) nicht interessiert	7	12 %	5

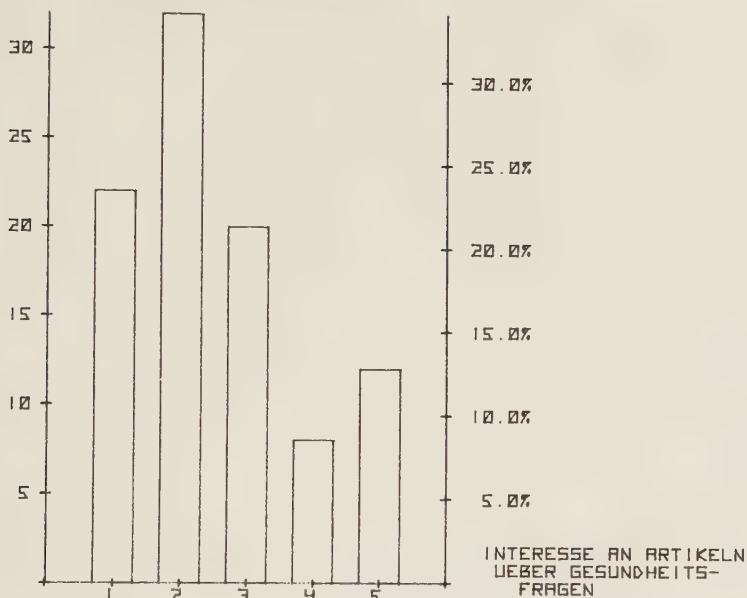
PATIENTENZAHL



INTERESSE AN MEDIZ. PROBLEMEN

Skizze 24:

PATIENTENZAHL



2.1.2. Als indirekte Indikatoren können die Fragenserien 40 und 41 zur objektiven Einstellungsmessung herangezogen werden, wobei die Begründung hier ähnlich wie bei den Fragen 22 und 28 lautet: (vgl. 1.1.1.)

Frage 40: Kennen Sie eine Zeitschrift, die sich nur mit Gesundheitsproblemen befaßt? (Tab. 57, Skizze 25)

Tab. 57: Befragung zur Kenntnis von medizinischen Zeitschriften für Laien

	Männer	% des Gesamtkollektivs	Frauen
ja	18	33 %	15
nein	27	67 %	40

Frage 40.1.: Können Sie mir den Titel nennen? (Tab. 58)

Tab. 58: Nennung von Titeln medizinischer Laienschriften

	Männer	% der Antworten	Frauen
nein	7	36 %	5
AOK-Zeitschrift	2		-
Die Gesundheit	3		1
Ärzteblätter bzw. med.Fachzeitschriften	1		1
Gesundheit heute	1		-
Medizin heute	-		1
Gesundheitsmagazin	4		1
Reformhauszeitung	-		2
Baby-Zeitung	-		1
Medizinratgeber	-		1
Gesundheit und Medizin	-		1
Lebe gesund	-		1

Frage 40.2.: Wie oft lesen Sie diese Zeitschrift? (Tab. 59, Skizze 26)

Tab.: Häufigkeit der Lektüre medizinischer Laienschriften

	Männer	gesamt	Frauen
regelmäßig	5	24 %	3
häufig	4	15 %	1
ab und zu	5	36 %	7
selten	4	18 %	2
nie	-	7 %	2

Nur 33 % der Befragten kannten eine medizinische Laienzeitschrift, obwohl der krankheitsbedingte häufige Aufenthalt in Wartezimmern dazu in reichem Maße Gelegenheit böte. Von diesen konnten allerdings ungefähr 60 % einen oder mehrere Titel nennen. 75 % derer, die eine Zeitschrift kannten, gaben auch an, sie ab und zu, häufig oder gar regelmäßig zu lesen.

Frage 41: Kennen Sie ein Buch, das sich nur mit Gesundheitsfragen befaßt? (Tab. 60, Skizze 25)

Tab. 60: Befragung zur Kenntnis von Büchern, die sich nur mit Gesundheitsfragen befassen

	Männer	gesamt	Frauen
ja	23	47	24
nein	22	53	31

Frage 41.1.: Können Sie mir den Titel nennen? (Tab. 61)

Tab. 61: Kenntnis der Titel von Laienbüchern über medizinische Probleme

	Männer	% der Antworten	Frauen
nein	6	34 %	8
Gesundheitslexikon	9		4
Psyhyrembel	1		1
Die Gesundheit	1		-
Großer Ratgeber	1		-
Der Ratgeber in gesunden und kranken Tagen	1		1
Gesundheitsbuch	1		3
Lexikon der Medizin	1		-
Der weiße Magier	1		-
Kräuterfibel	1		-
Brockhaus	1		-
Köhnlechner	1		-
Naturheilkundebuch	1		-
Sauerbruch	1		-
Dr. Brucker	-		1
Kneippbuch	-		1
Akupunkturbuch	-		1
Der Mensch	-		1
Gesund bleiben	-		1
Krebs	-		1
Medizinische Fachbücher	-		2

Frage 41.2.: Besitzen Sie ein solches Buch? (Tab. 62)

Tab. 62: Befragung der Patienten zum Besitz eines Buches
über medizinische Probleme

	Männer	% der Antworten	Frauen
ja ⁺	21	95 %	24
nein	2		1

Frage 41.2.1.: Lesen Sie auch darin? (Tab. 63, Skizze 26)

Tab. 63: Befragung der Patienten zur Häufigkeit der Lektüre
von Laienbüchern über medizinische Themen

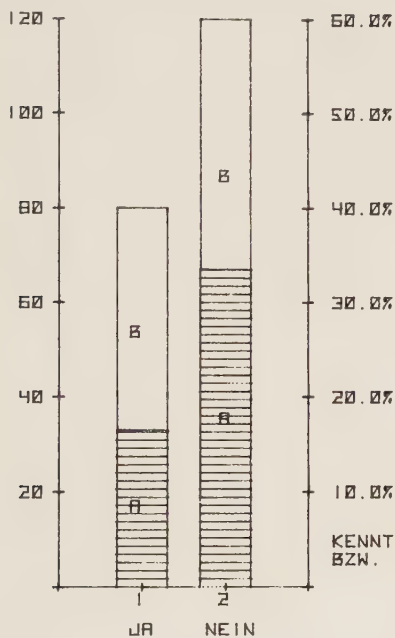
	Männer	% der Antworten	Frauen
regelmäßig	3	15 %	4
häufig	3	7 %	-
ab und zu ⁺	12	63 %	15
selten	1	7 %	2
nie	2	8 %	2

Immerhin 47 % bejahten die Frage, ob ihnen ein Buch bekannt sei, daß sich nur mit Gesundheitsfragen befaßt. An den Titel konnten sich hier sogar 66 % erinnern und 95 % derer, die ein solches Buch kannten, hatten es auch zuhause im Bücherregal stehen. 85 % meinten, sie würden ab und zu oder gar regelmäßig darin lesen.

⁺hier erfolgte meist der Zusatz: "Wenn ich krank bin ...".

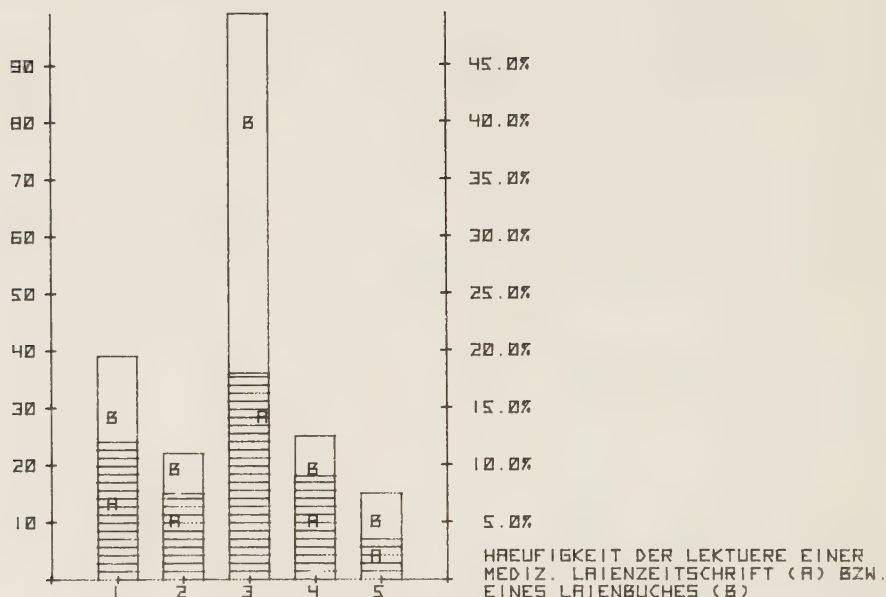
Skizze 25:

SUMME DER PATIENTENZAHLEN



KENNTNIS EINER MEDIZ. LAIENZEITSCHRIFT
BZW. EINES LAIENBUCHES

SUMME DER ANTWORTEN



2.1.3. Auf eine Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung des Informationswunsches und tatsächlich vorhandener Ausschöpfung der angebotenen Informationsquellen, so wie sie unter V.1.1.1. festzustellen war, weist nur die Beantwortung der Frage-
serie 40 hin, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß Frage 41 grobsteils subjektive Elemente enthält und eigentlich nur der Besitz eines Gesundheitsbuches als objektiver Indikator gelten kann.

Trotz dieser Einwände scheint der Schluß gerechtfertigt, daß im Vergleich zu V.1.1.1. und V.1.2. die Patienten ihre eigene Einstellung sehr viel realistischer einschätzen, d.h., daß das angegebene Interesse an Information stärker mit dem tatsächlichen Informationsverhalten übereinstimmt, wenn es sich um

die Beschäftigung mit allgemeinen Gesundheitsthemen handelt zu denen die Patienten gar keinen oder nur einen sehr lockeren Bezug haben als wenn sie auf das eigene Krankheitsbild angesprochen werden.

2.1.4. Daran muß sich folgerichtig die Frage nach den Ursachen dieser unterschiedlichen Reaktionen der Probanden anschließen. Hierüber kann natürlich die vorliegende Untersuchung keine erschöpfende Auskunft geben, sondern nur Anhaltspunkte für eine Hypothesenbildung liefern.

Einen Hinweis bietet die Fragenserie 30 bis 32, die leider nur von 62 % der Probanden beantwortet werden konnte, da die übrigen versicherten, sie wären noch nie ernsthaft krank gewesen.

Frage 30: Waren Sie außer an der Zuckerkrankheit schon einmal ernsthaft erkrankt? (Tab. 64)

Tab. 64: Angaben der Patienten bezüglich Zweitkrankheiten

	Männer	% des Gesamtkollektivs	Frauen
ja	22	62 %	40
nein	23	38 %	15

87 % aller Probanden, die früher oder im Moment noch an einer anderen Krankheit als am Diabetes mellitus erkrankt waren, glaubten, über diese Zweitkrankheit ungefähr oder genau Bescheid zu wissen.

Frage 31: Wissen (wußten) Sie genauer über Ihre Krankheit Bescheid? (Tab. 65, Skizze 27)

Tab. 65: Selbsteinschätzung über Zweitkrankheiten durch die Probanden

	Männer	% der Antworten	Frauen
(1) ja	15	53 %	18
(2) ungefähr	7	34 %	14
(3) nein	-	13 %	8

Natürlich gibt auch das Ergebnis von Frage 31 nur die subjektive Einschätzung des Wissens wieder. Im Anschluß an diese Frage wurden die Patienten jedoch zu einer genaueren Schilderung ihrer Krankheit aufgefordert. Der ursprüngliche Plan einer Einstufung und Bewertung der Angaben durch den Untersucher mußte aufgrund der Erfahrungen der Vorstudie aufgegeben werden, da sich keine geeigneten Kriterien für eine auch nur ungefähre Beurteilung finden ließen. Generell läßt sich jedoch sagen, daß die Beschreibungen der verschiedenen Krankheitsbilder zumeist nur auf eine sehr oberflächliche Kenntnis der Materie schließen ließen. Mögliche Schlußfolgerungen hieraus werden bis zur Besprechung der Fragen 43 und 44 zurückgestellt.

Frage 32: Wollen (wollten) Sie genauer Bescheid wissen? (Tab. 66)

Tab. 66: Befragung der Patienten zu ihren Wünschen nach Informationen über Zweitkrankheiten

	Männer	% der Antworten	Frauen
ja	21	82 %	30
nein	1	16 %	9
weiß nicht	-	2 %	1

Daß auch 82 % gegenüber den 45 %, die grundsätzlich an Themen aus dem medizinischen Bereich interessiert sind, den Wunsch nach genauerer Information hatten, kann man parallel zu V.1.1.1. dahingehend interpretieren, daß das Interesse an medizinischen Fragen stark ansteigt, sobald die eigene Gesundheit betroffen ist. Ein Ergebnis, das auch nach alter psychologischer Erfahrung zu erwarten stand.

Bei der Begründung überrascht die fast doppelt so häufige Nennung eines sehr allgemein gehaltenen Informationswunsches gegenüber der Möglichkeit, aus dem Wissen Konsequenzen für das persönliche Verhalten ziehen zu können. Den Erwartungen entsprechen dagegen die Angaben der 16 %, die nicht näher informiert sein wollten.

Frage 32.1.: Warum wollten Sie Genaueres wissen? (Tab. 67)

Tab. 67: Gründe für den Wunsch der Patienten nach Informationen über Zweitkrankheiten

	Männer	gesamt	Frauen
Wissen um die Folgen	3	6	3
Konsequenzen für das persönliche Verhalten	7	20	13
Wunsch nach Information	16	38	22
Angst, die Krankheit nicht loszuwerden	-	1	1

Frage 32.2.: Warum wollten Sie nicht genauer Bescheid wissen? (Tab. 68)

Tab. 68: Gründe für das Fehlen eines Wunsches der Patienten nach Informationen über Zweitkrankheiten

	Männer	gesamt	Frauen
würde es nicht verstehen	-	1	1
kein Interesse	-	4	4
Angst, zuviel zu wissen	1	2	1
hat noch nie krankhaft gesucht	-	1	1
war zu schwer krank	-	1	1
ihre Krankheiten sind natürlich Alterserscheinungen	-	1	1

2.1.5. Schlußfolgerungen

Sicher ist der Kenntnisstand der Patienten über Krankheiten, an denen sie selbst leiden bzw. litten, absolut gesehen höher als über andere, sie persönlich nicht betreffende Themen aus dem Gesundheitsbereich. Aber dennoch bestärkt die Beantwortung der vorstehenden Fragen die Hypothese, daß ein großer Teil der Probanden sein Informationsverhalten und damit indirekt sein Wissen überschätzt. Aus der Motivation der persönlichen Betroffenheit heraus erwächst zwar bei den meisten ein weit über das sonstige Interesse an Gesundheitsfragen hinausreichender Informationswunsch, der jedoch oft nur sehr oberflächlich oder gar überhaupt nicht befriedigt wird.

Dazu paßt auch die Begründung des Informationswunsches bei Frage 32.1., bei der nur 40 % derer, die näher über eine Krankheit und deren Ursachen unterrichtet werden wollten, aus diesem Wissen Konsequenzen für das persönliche Verhalten zu ziehen gedachten, während bei den meisten das reine Informationsbedürfnis im Vordergrund stand.

2.2. Wissensstand über Themen aus dem Gebiet der Medizin

Wie sich im Laufe dieser Ergebnisanalyse gezeigt hat, ist die Bekundung von Interesse allein noch keineswegs ein Garant für die genauere Kenntnis eines Sachverhaltes.

Hierfür nun, in gleicher Weise wie unter V.1.2. dargestellt, eine Batterie von Wissensfragen zu entwerfen, hätte angesichts der Tatsache, daß im Mittelpunkt der Erhebung Probleme der Diabetikerschulung standen, während die übrigen Fragen nur der Einordnung der Ergebnisse in den Gesamtkomplex "allgemeines Gesundheitsverhalten" dienen sollten, den Rahmen der Untersuchung gesprengt. Deshalb wurde auch nur anhand einiger Indikatoren ein grober Überblick angestrebt.

2.2.1. Zur Beantwortung der Fragen 43 und 44 wurde den Probanden nur sehr wenig Zeit gelassen, da hier die Spontaneität der Angaben ein Kriterium für die Intensität der Beschäftigung mit dem betreffenden Thema darstellen sollte. Nach längerem Nachdenken gegebene Antworten wurden nicht mehr notiert. Obwohl sicher auch der zeitliche Abstand (besonders bei Frage 43), die Eindringlichkeit der Darstellung und vieles mehr einen Einfluß auf das Erinnerungsvermögen haben, dürfte gerade bei theoretischen Themen wie Abhandlungen über irgendwelche Gesundheitsprobleme das Ausmaß an Konzentration und Aufmerksamkeit, das der Proband für die Frage aufbrachte, auch ausschlaggebend dafür sein, was er nach einiger Zeit noch darüber weiß bzw. ob er sich überhaupt noch an Einzelheiten erinnern kann. Wer kurz einen Artikel streift oder nur mit halbem Ohr hinhört, wird wahrscheinlich auch nicht so leicht den Eindruck haben, über einunddasselbe Problem würde immer wieder geredet.

Frage 43: Können Sie einige Themen aus dem Bereich der Medizin aufzählen, über die Sie in letzter Zeit etwas gehört oder gelesen haben? (Tab. 69)

Tab. 69: Befragung zur Erinnerung an Themen aus dem Bereich der Medizin, mit denen die Patienten sich in der letzten Zeit befaßt hatten

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
ja	32	58 %	26
nein	13	42 %	29

Frage 43.1.: Um welche Themen handelt es sich hierbei? (Tab. 70)

Tab. 70: Zusammenstellung der medizinischen Themen, mit denen sich die Patienten in der letzten Zeit beschäftigt hatten

	Männer	gesamt	Frauen
Akupunktur	5	12	7
Herz, Kreislauf	12	21	9
Krebs	8	16	8
Raucherbeine	1	2	1
Galle	1	3	2
Leber	-	3	3
Nierenkrankheiten	1	2	1
gynäkologische Probleme	1	4	3
Magengeschwüre	-	2	2
Ernährungsfragen	1	1	-

je einmal wurden genannt:

Ozontherapie, Nasenkorrektur, Cholesterin, Gürtelrose, Kindermedizin, Neuraltherapie, Venenverpflanzungen, Grippewelle, Zahnprobleme, Prostatitis, Darmkrankheiten, Arthrosen, Stoffwechsel, Entstehung des Lebens, Wetterfühligkeit, Rauchen, Röntgendiagnostik, Injektionen, Multiple Sklerose, Organverpflanzungen, Laserstrahlen

zweimal wurden genannt:

Augenkrankheiten

In vielen Fällen stimmten die Angaben der Patienten zu diesem Punkt wie auch zum Punkt 44.1. mit den unter 30.1. als schon selbst durchgemachte Krankheiten aufgezählten Themen überein.

Frage 44: Gibt es Themen, von denen Sie den Eindruck haben, daß sie Ihnen immer wieder begegnen? (Tab. 71)

Tab. 71: Befragung der Patienten zur Existenz von Themen, die in der Berichterstattung häufig wiederkehren

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
ja	22	51 %	29
nein	23	49 %	26

Frage 44.1.: Welche? (Tab. 72)

Tab. 72: Zusammenstellung der Themen, von denen die Probanden den Eindruck hatten, sie würden in der Berichterstattung häufig wiederkehren

	Männer	gesamt	Frauen
Akupunktur	1	4	3
Herz, Kreislauf	7	14	7
Krebs	12	24	12

je einmal wurden genannt:

Gewicht, Pille, Frauenprobleme (Klimakterium), allgemeine Lebensführung, Depressionen, Nervensachen, Blutfette, Galle, Niere, Stoffwechsel, Rheuma

je zweimal wurden genannt:

Arthrosen, Raucherschäden, Magengeschwüre, Organverpflanzungen

je dreimal wurden genannt:

Cholesterin, Übergewicht bzw. allgemeine Ernährungsregeln

Bei der Beantwortung dieser Frage war die Übereinstimmung mit der Antwort auf die Frage 30.1. noch deutlicher.

58 % der Befragten konnten sich an ein Thema aus dem Bereich der Medizin erinnern, über das sie in letzter Zeit etwas gehört oder gelesen hatten, immerhin 51 % nannten Themen, von denen sie den Eindruck hatten, sie würden ihnen immer wieder begegnen. Die Spitzenreiter der Tabelle (Herz, Kreislauf, Krebs, Akupunktur) stimmen erwartungsgemäß mit den Problemkreisen überein, die zur Zeit im Mittelpunkt der Berichterstattung der Massenmedien stehen.

Dennoch glaubte nur jeder Dritte, über die Themen, mit denen er oft in Berührung kam, auch gut informiert zu sein.

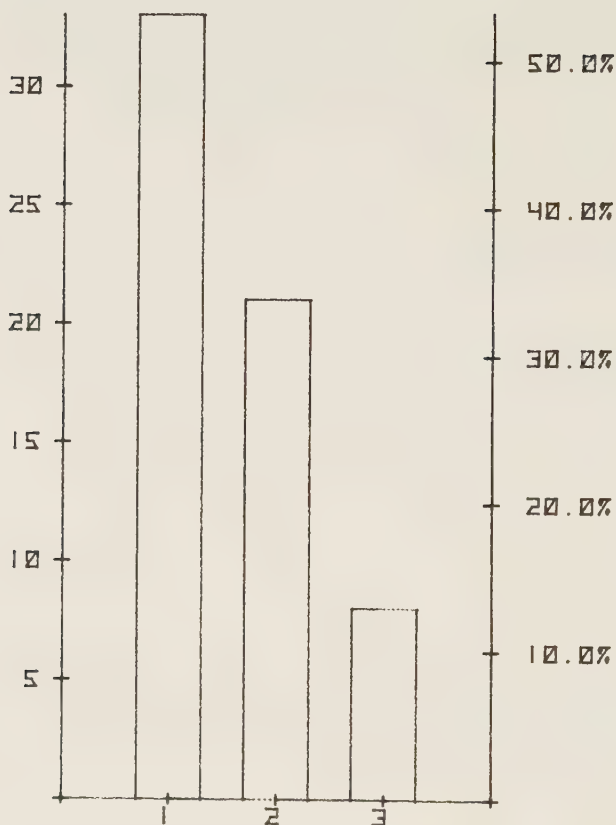
Frage 44.2.: Wie gut glauben Sie, über diese Themen informiert zu sein? (Tab. 73, Skizze 28)

Tab. 73: Selbsteinschätzung der Kenntnisse über häufig in der Berichterstattung wiederkehrende medizinische Themen durch die Patienten

	Männer	% der Antworten	Frauen
(1) gut	6	33 %	11
(2) weniger gut	9	53 %	18
(3) schlecht	7	14 %	-

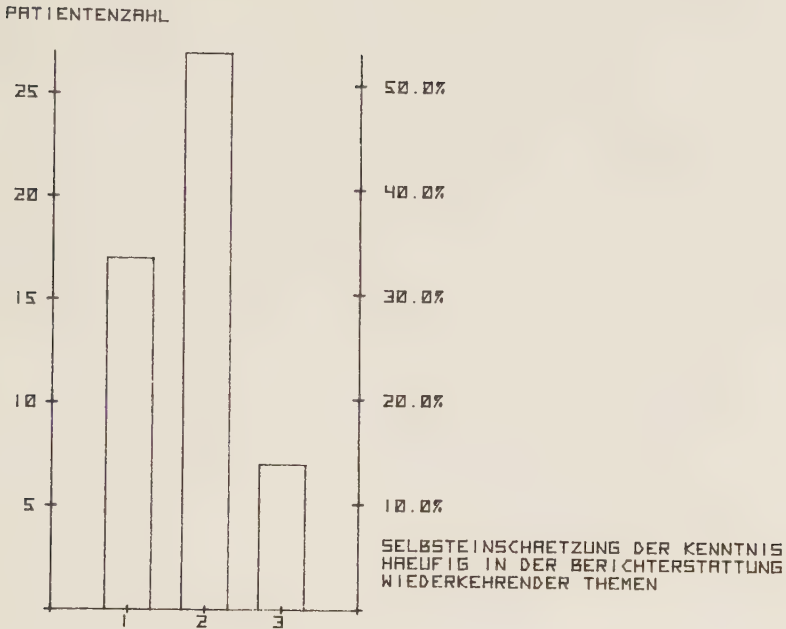
Auch hier zeigt sich die im Verhältnis zur Bewertung der Kenntnisse über die eigene Krankheit Diabetes mellitus bzw. über andere selbst durchgemachte Krankheiten sehr viel realistischere Einschätzung des eigenen Wissensstandes.

PATIENTENZAHL



SELBSTEINSCHÄTZUNG DES WISSENS UEBER ZWEITKRANKHEITEN

Skizze 28:



Ein unberechenbarer Faktor, ist - wie bereits in der Anmerkung angedeutet - der Grad, zu den Krankheiten, die die Patienten entweder selber durchgemacht haben oder an denen sie im Moment litten, in die Beantwortung eingingen. Wäre dieser Einfluß meßbar, könnte man überprüfen, ob nicht das Gros der Themen, über die die Patienten glaubten, gut informiert zu sein, sich aus selbst schon durchgemachten Krankheiten zusammensetzt.

2.2.3. Schlußfolgerungen:

Der in der Interviewsituation gewonne Eindruck weist in diese Richtung und gibt zusammen mit den bei der Diskussion von Frage 31 (2.1.4. bzw. 2.1.5.) bereits dargestellten Beobachtungen zu der Spekulation Anlaß, daß Patienten oft allein aufgrund des subjektiven Krankheits- und Therapieerlebnisses

glauben, über "ihre" Krankheit auch theoretisch Bescheid zu wissen. Eine Hypothesenbildung zu diesem Thema ist jedoch allein auf dem Boden dieser Feststellungen nicht möglich (vgl. 4.4.).

2.3. Selbsteinschätzung des Gesundheitsverhaltens

2.3.1. Als Ergänzung zu den Fragen bezüglich Interesse an und Kenntnisstand über Themen aus dem Bereich der Medizin sollte Frage 35.1. darüber orientieren, ob und inwieweit sich diese Angaben mit dem im Alltag praktizierten Gesundheitsverhalten der Probanden decken. (Zur Stellung dieser Frage am Anfang des Teils über allgemeines Gesundheitsverhalten, vgl. III. 2.2.)

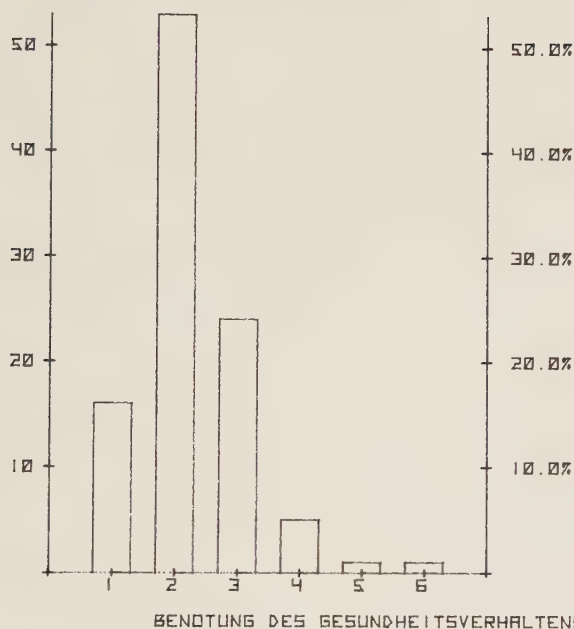
Frage 31.1.: Achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit?
(Tab. 74, Skizze 29)

Tab. 74: Selbsteinschätzung des Gesundheitsverhaltens durch die Patienten

	Männer	gesamt	Frauen
(1) 1	5	16	11
(2) 2	24	53	29
(3) 3	15	24	9
(4) 4	1	5	4
(5) 5	-	1	1
(6) 6	-	1	1

Skizze 29:

PATIENTENZAHL



2.3.2. Schlußfolgerungen

Daß allerdings die Selbsteinschätzung, wonach nur 7 % ihr Gesundheitsverhalten schlechter als befriedigend benoten, den Tatsachen entspricht, ist angesichts der Erfahrungen mit den Fähigkeiten der Probanden zur kritischen Selbstanalyse, die im Rahmen dieser Studie gesammelt wurden, sehr stark in Zweifel zu ziehen. Da jedoch die Patienten im Rahmen der Diabetestherapie an gewisse Grundregeln einer "gesunden Lebensführung" gebunden sind, darf durchaus angenommen werden, daß sie auch generell mehr auf ihre Gesundheit achten als ein durchschnittliches Kollektiv Stoffwechselgesunder.

2.4. Bedeutung nicht-ärztlicher Einflüsse für das Gesundheitsverhalten

2.4.1. Einfluß nicht-ärztlicher Informationen auf die Einnahme von Medikamenten

Einen breiten Raum in den Anzeigenspalten vieler Zeitschriften (insbesondere der sogenannten "Regenbogenpresse") nimmt die Werbung für pseudomedizinische Heilverfahren aller Art und vor allem auch für freiverkäufliche Medikamente (hier im weitesten Sinne des Wortes gebraucht) ein. Allein diese Tatsache spricht für eine große Nachfrage nach solchen Erzeugnissen, da sonst die hohen Summen, die eine Werbung dieses Ausmaßes verschlingt, nicht aufgebracht werden könnten.

Vom Diabetiker wäre eigentlich zu erwarten, daß er durch seine krankheitsbedingte dauernde enge Beziehung zur Schulmedizin vor solcher Verführung gefeit ist. Einerseits werden bei ihm die mannigfaltigen Gründe wie z.B. Wartezeiten, die oft Durchschnittspatienten bei leichteren Beschwerden von einem Arztbesuch abhalten, allein deshalb nicht zum Tragen kommen, weil er sowieso in regelmäßigen Abständen zu Laboruntersuchungen erscheinen muß. Daneben sollten ihn seine Erfahrungen mit den zur Diabetestherapie angebotenen "Wundermitteln" lehren, was von Versprechungen, wie sie in den Anzeigentexten gemacht werden, zu halten ist. Dagegen steht jedoch die Hypothese, daß gerade solche Patienten, denen die Schulmedizin trotz aller wissenschaftlichen Erkenntnisse keine dauerhafte Heilung ihrer Krankheit verschaffen kann, nicht allein, was dieses spezielle Leiden anbelangt, sondern auch bei anderen Beschwerden besonders anfällig für pseudomedizinische Methoden und Ratschläge über hundertprozentige Heilmittel jeglicher Art sind.

2.4.1.1. Die Antworten auf die Fragen 36 bis 38 und 46 erlauben keine Aussage darüber, welche der obigen Deutungen für die Mehrzahl der Befragten zutreffen mag.

Frage 36: Welche Zeitschriften lesen Sie? (Tab. 75)

Tab. 75: Zusammenstellung der von den Patienten gelesenen Zeitschriften und Zeitungen

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
Tageszeitung	41	84 %	43
Illustrierte	22	46 %	24
Fernsehzeitschrift	14	36 %	22
Bild der Wissenschaft	1	2 %	1
Vital	1	1 %	-
Reformhauszeitschrift	1	1 %	-
keine Zeitschrift	2	9 %	7

Frage 37: Lesen Sie auch die Werbung in diesen Zeitungen? (Tab. 76)

Tab. 76: Beachtung der Werbespalten durch die Patienten

	Männer	% der Ant- worten	Frauen
regelmäßig	7	13 %	5
häufig	1	6 %	4
ab und zu	15	35 %	17
selten	11	24 %	12
nie	10	22 %	10

Frage 38: Haben Sie bereits irgendein "Medikament", das dort angeboten wurde, probiert? (Tab. 77, Skizze 30)

Tab. 77: Erprobung von Medikamenten aufgrund von Zeitungswerbung durch die Probanden

	Männer	% der Ant- worten	Frauen
mehrmals	3	8 %	4
einmal	4	10 %	5
noch nie	37	81 %	35
weiß nicht mehr	-	1 %	1

Skizze 30 siehe Seite 116

Obwohl der größte Teil der Patienten (91 %) mindestens eine Zeitung oder Zeitschrift liest, werfen nur 57 % ab und zu oder häufiger einen Blick auf die Werbespalten. 18 % lesen die Werbung grundsätzlich nie. 16 % haben einmal oder mehrmals ein Medikament, das dort angeboten wurde, probiert. Die unter 38.1. genannten Produkte könnten aus einigen Exemplaren der einschlägigen Publikationen zusammengestellt sein.

Frage 38.1.: Was haben Sie bestellt? (Tab. 78)

Tab. 78: Aufstellung der aufgrund von Zeitungswerbung von den Patienten gekauften "Medikamente"

	Männer	gesamt	Frauen
Gerovital	1	1	-
Ginseng	1	3	2
Zelloxygen	1	1	-
Teufelskralle	2	2	-
Biolecit	1	1	-
Kavaform	1	1	-
KH 3	1	2	1
Tees	1	1	-
Tee für Galle, Herz, Nerven, Schlaf	-	1	1
Schnupfenmittel	1	1	-
Vitaminpräparate	1	1	-
Blütenpollen	-	1	1
Buerlecithin	-	2	2
Mineraliengemisch	-	1	1
Galama	-	1	1
verschiedene im Reformhaus angebotene Mittel	-	1	1
weiß nicht mehr	-	2	2

2.4.1.2. Ähnlich die Beantwortung von 46, bei der die gängigsten freiverkäuflichen Medikamente genannt wurden.

Frage 46: Haben Sie aufgrund einer solchen Information schon einmal ein neues Medikament ausprobiert? (Tab. 79, Skizze 30)

Tab. 79: Erprobung neuer Medikamente aufgrund nicht-ärztlicher Information

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
ja	5	9 %	4
nein	40	91 %	51

Skizze 30 siehe Seite 116

Frage 46.1.: Welches? (Tab. 80)

Tab. 80: Aufstellung der von den Patienten aufgrund nicht-ärztlicher Informationen angewandten Medikamente

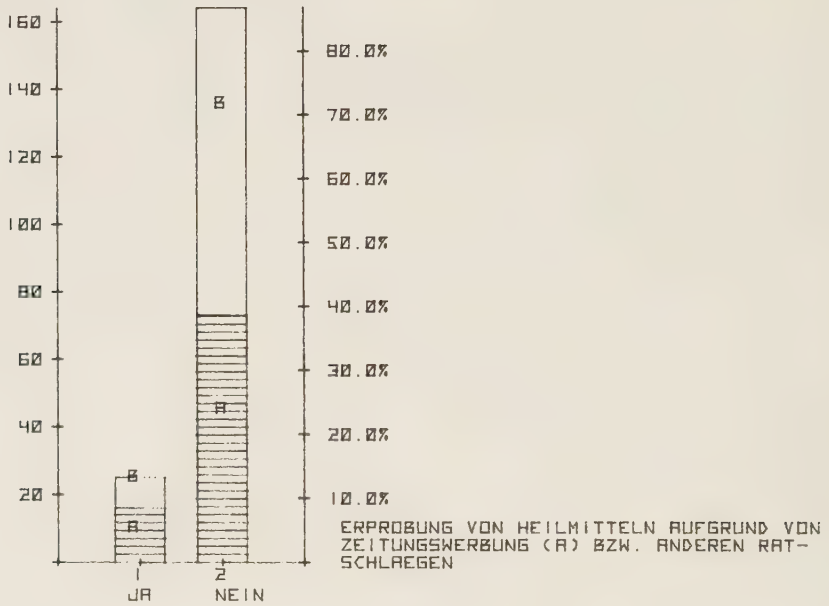
	Männer	gesamt	Frauen
weiß nicht mehr	-	2	2
Herzmittel	2	2	-
Sympathol	-	1	1
Entwässerungsmittel	-	1	1
Prostafink	1	1	-
Kopfwehmittel	-	1	1
Beruhigungsmittel	-	1	1
Vitamine	-	1	1

Daß nur 9 % sich erinnern konnten, aufgrund irgendwelcher nicht-ärztlicher Informationen ein neues Medikament ausprobiert zu haben, mag mit der Formulierung und Art der Fragestellung zusammenhängen, die hohe Ansprüche an das Erinnerungsvermögen der Patienten stellt. Auch stellt die Tatsache, ein Medikament ohne ärztliches Anraten probiert zu haben ein sozial negativeres Verhalten dar, als nur ein Produkt zu kaufen, das man vom Arzt sowieso nicht bekommen kann und das ja ungefährlich ist. Trotz dieser Einwände scheint - gerade in Anbetracht der unter 46.1. genannten "Medikamente"-der Schluß zulässig, daß die Patienten relativ selten auch sogenannte "leichte"

Medikamente ohne Befragen des Arztes einnehmen.

Skizze 30:

SUMME DER ANTWORTEN



Auf eine weitergehende Interpretation und den Vergleich mit einer Normalbevölkerung wird angesichts der sehr geringen Stichprobenzahlen verzichtet.

2.4.2. Einfluß nicht-ärztlicher Informationen auf den Entschluß zur Konsultation des Arztes

Publikation und Behandlung medizinischer Themen sind aus dem Informationsspektrum der Massenmedien nicht mehr wegzudenken. Vorausgesetzt die Informationen sind sachlich richtig, erfüllen sie trotz aller Simplifizierung der Probleme und der oft die eigentliche inhaltliche Berichterstattung kaum erkennenlassenden Sensationsmache eine wichtige Funktion bei der Aufklärung der Bevölkerung über Gesundheitsfragen und bei der Erziehung zu gesundheitsgerechterem Verhalten. Hier seien nur genannt die Anregung zu Abmagerungskuren, zu regelmäßiger körperlicher Betätigung, zum Abgewöhnen des Rauchens, zum Aufsuchen der Vorsorgeuntersuchungen usw..

Inwieweit die massive Konfrontation mit Gesundheitsfragen sich im Gesundheitsverhalten niederschlägt, sollte Frage 45 testen. Der Indikator "Arztbesuch" wurde gewählt, da die anderen oben genannten Faktoren im Rahmen der Diabetestherapie sowie so an den Patienten herangetragen werden. Zur Problematik der offenen Frage vgl. III.2.2..

Auch zu diesem Erhebungspunkt konnten nur Vorfelduntersuchungen betrieben werden, die erste Eindrücke lieferten, aber Hypothesen noch nicht zulassen.

Frage 45: Haben solche Informationen Sie schon einmal zu einem Arztbesuch angeregt? (Tab. 81)

Tab. 81: Arztkonsultationen der Patienten aufgrund nicht-ärztlicher Anregungen

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
ja	11	25 %	14
nein	34	75 %	41

Frage 45.1.: Warum haben Sie den Arzt aufgesucht? (Tab. 82)

Tab. 82: Gründe für Arztkonsultationen aufgrund nicht-ärztlicher Anregungen

	Männer	gesamt	Frauen
Feststellung des Diabetes (Durst, Aktion Zuckertest)	5	15	8
Grippeimpfung	1	2	1
Tetanusimpfung	-	1	1
Vorsorgeuntersuchung	1	2	1
Krebstest	2	3	1
Hormonbehandlung gegen Akne	-	1	1
Prostata	1	1	-
wegen dauernder Müdigkeit	1	1	-
Kneippkur	-	1	1

Immerhin konnten sich 25 % der Befragten spontan erinnern, schon einmal einen Arzt aufgrund irgendwelcher nicht-ärztlicher Informationen oder Ratschläge aufgesucht zu haben. Die, da sie auf einen Erfolg der Aktionen zur Diabetesfrüherkennung schließen läßt, sehr erfreuliche Nennung der Diabetesfeststellung als Grund des Arztbesuches in mehr als 50 % der Fälle wird jedoch dadurch relativiert, daß bei den ziemlich häufigen Nachfragen der Patienten wegen Verständnisschwierigkeiten der Sinn dieser Frage anhand des Beispiels "Diabetes" erklärt und somit eine Erinnerungshilfe gegeben wurde.

3. Nicht-wissenschaftliche Behandlungsmethoden

(vgl. II.3. Seite 3)

3.1. Bekanntheitsgrad verschiedener "Hausmittel"

Obwohl nur 12 % der Probanden sich auf die direkte Frage hin zu der Ansicht bekannten, daß man die Zuckerkrankheit zumindest in leichten Fällen, statt mit den Standardmethoden Diät, Tabletten, Insulin auch mit sogenannten Hausmitteln behandeln könne (vgl. 1.1.2.1.), kannten 92 % mindestens eines von sechzehn ihnen der Reihe nach vorgelesenen "Hausmitteln".

Tab. 83: Kenntnis von mindestens einem der angeführten Mittel

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
ja	40	92 %	52
nein	5	8 %	3

39 % der Befragten konnten zusätzlich noch eines oder mehrere "Geheimrezepte" angeben.

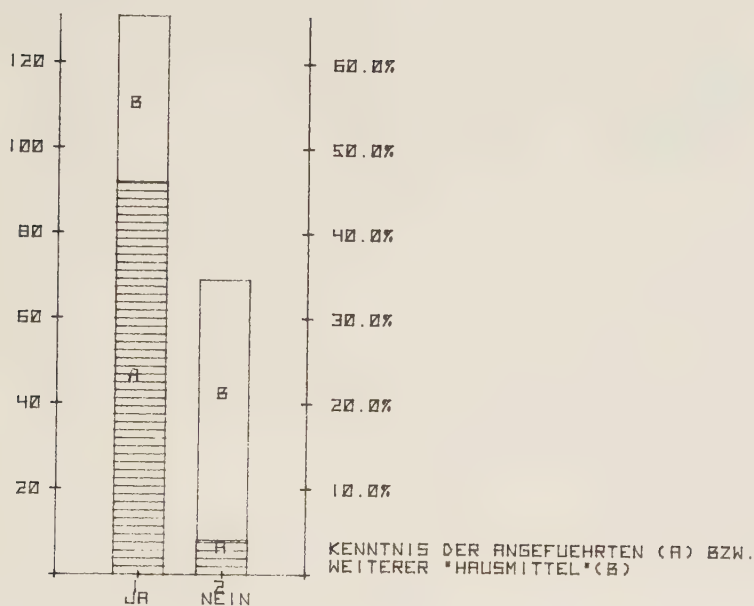
Frage 17: Kennen Sie außerdem noch irgendein "Hausmittel", mit dem man die Zuckerkrankheit behandeln kann? (Tab. 84, Skizze 31)

Tab. 84: Befragung zur Kenntnis in Frage 16 nicht genannter Behandlungsmethoden

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
ja	14	39 %	25
nein	31	61 %	30

Skizze 31:

SUMME DER ANTWORTEN



Frage 16: Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe von mitunter empfohlenen Behandlungsmethoden aufzählen. Sie sagen mir dann bitte, ob Sie schon gehört haben, daß man die Zuckerkrankheit damit behandeln kann. (Tab. 83, 85, Skizzen 31, 32)

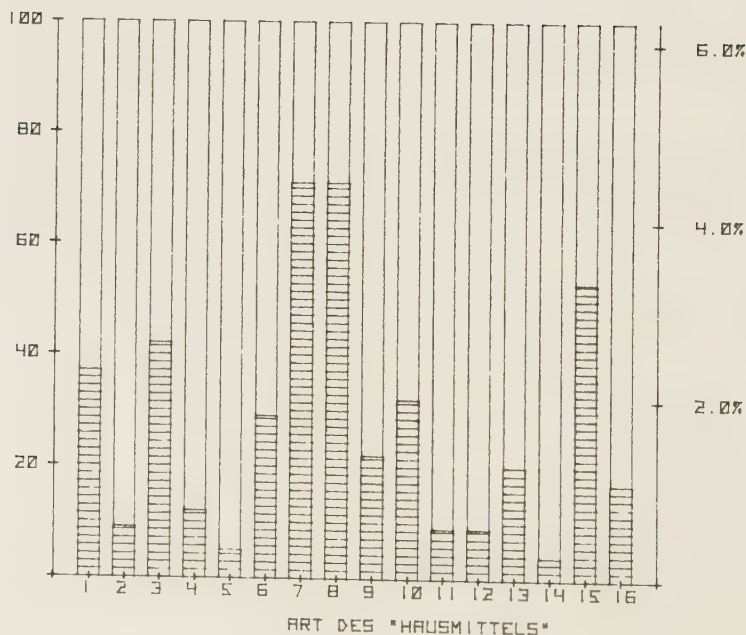
Tab. 85: Befragung der Patienten zur Kenntnis von Hausmitteln

	% des Gesamt-kollektivs	
	ja	nein
(1) Zwiebelsaft	37 %	63 %
(2) Eierschalen	9 %	91 %
(3) Bohnenschalentee	42 %	58 %

	% des Gesamt- kollektivs	
	ja	nein
(4) Bohnensaft	12 %	88 %
(5) Bohnendragees	5 %	95 %
(6) Heidelbeersaft	29 %	71 %
(7) Sauerkraut	71 %	29 %
(8) Sauerkrautsaft	71 %	29 %
(9) Haferstrohtee	22 %	78 %
(10) Hefe	32 %	68 %
(11) Vitamine	9 %	91 %
(12) Blütenpollen	9 %	91 %
(13) Akupunktur	20 %	80 %
(14) Kakaoschalentee	4 %	96 %
(15) klarer Schnaps	53 %	47 %
(16) Teufelskralle	17 %	83 %

Skizze 32:

SUMME DER ANGABEN



Die Auswahl der im Rahmen der Frage 16 aufgeführten Behandlungsmethoden wurde nach den Erfahrungen mit den Fragen der Patienten bei der Diabetikerschulung der III. Medizinischen Abteilung getroffen, so daß zu erwarten stand, daß die Mittel einer größeren Zahl von Diabetikern bekannt waren (vgl. III.2.3.).

Um auch Informationen über relativ unbekannte "Geheimrezepte" zu erhalten, wurden die Probanden im Anschluß aufgefordert, weitere ihnen bekannte Methoden oder Mittel der Diabetestherapie zu nennen. Obwohl die so erhaltene Liste zu heterogen zusammengesetzt ist, als daß sich irgendein gemeinsames Prinzip finden ließe, fällt dennoch die häufige Erwähnung von Alkohol in den verschiedensten Darreichungsformen auf. Oft werden auch die verschiedensten Gemüse bzw. Zubereitungen daraus genannt.

Frage 17.1.: Welches? (Tab. 86)

Tab. 86: Zusammenstellung der von den Patienten genannten "Hausmittel" zur Behandlung der Zuckerkrankheit

	Männer	gesamt	Frauen
Tee (ohne nähere Bezeichnung)	2	7	5
Tee von Pfarrer Kratzer	-	1	1
Huflattichtee	1	1	-
Hopfenblütentee	1	2	1
Blaubeerblätterttee	-	1	1
Kruzifloratee	-	1	1
Heidelbeertee	-	1	1
römische Kamille	-	1	1
Haferflocken	1	3	2
Hafererschleim	1	1	-
Hafer	-	1	1
Weißbier	1	1	-
Hefeweizen und Saccharino	-	1	1
sauerer Wein	1	1	-
Blütenhonig	1	1	-
Meerrettichsaft	1	1	-
Porree	1	2	1
Knoblauch oder Porree mit Wein	-	1	1
Knoblauch	1	1	-

	Männer	gesamt	Frauen
Ginseng	1	1	-
Akupressur	1	1	-
Gallebitter	1	1	-
Grapefruit	-	2	2
Fruchtsäfte	-	1	1
schwarzer Johannisbeersaft	-	1	1
nüchtern eine Zitrone	-	1	1
Gurkenschale	-	1	1
frische Bohnen	-	1	1
Überkinger	-	1	1
klarer Kartoffelschnaps	-	1	1
doppelter Wacholder	-	1	1
Fleischbrühe mit gekochtem Pferdefleisch	-	1	1
ungeröstete Kaffeebohnen mit Wasser 25 Stunden ziehen lassen	-	1	1
Rosmarin statt Insulinspritzen	-	1	1
Heilkräuter und Doornkaat in die Erde eingraben, nach einiger Zeit trinken	-	1	1
geriebenen Muskat in einem Glas Wasser	-	1	1

Zusammenfassung

Während bei der Frage 17 eine ganze Palette verschiedenster Spezialitäten angeboten wurde, die aber nur jeweils wenigen Patienten geläufig war, läßt die Frage 16 eindeutige Unterschiede im Bekanntheitsgrad der einzelnen Mittel feststellen. Spitzenreiter sind Sauerkraut und Sauerkrautsaft, von deren Anwendung als Behandlungsmethode 78 bzw. 71 % der Befragten schon gehört hatten. Klaren Schnaps kannten in dieser Funktion immerhin 53 %, relativ gängig sind auch Hefe (32 %), Heidelbeersaft (29 %), Bohmenschalentee (42 %) und Zwiebelsaft (37 %).

3.2. Häufigkeit der Anwendung einzelner Mittel

War den Patienten ein Mittel bekannt, so sollten sie angeben, ob sie auch schon selbst es ausprobiert hätten. Da einem solchen "Geständnis" durch die Fragebogengestaltung (vgl. III.2.2.) so weit als möglich jeglicher sozial negative Aspekt genommen worden war, dürften die Patienten ziemlich offen und unbefangen geantwortet haben. Dies war auch der Eindruck der Interviewsituation.

Frage 16 (B): Haben Sie selbst es schon ausprobiert? (Tab. 87, Skizze 33)

Tab. 87: Befragung der Patienten zur Erprobung ihnen bekannter nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden

	gesamt	
	ja	nein
(1) Zwiebelsaft	11	26
(2) Eierschalen	2	7
(3) Bohnenschalentee	25	17
(4) Bohnensaft	2	10
(5) Bohnendragees	2	3
(6) Heidelbeersaft	13	16
(7) Sauerkraut	43	35
(8) Sauerkrautsaft	37	34
(9) Haferstrohtee	13	9
(10) Hefe	17	15
(11) Vitamine	4	5
(12) Blütenpollen	2	7
(13) Akupunktur	-	20
(14) Kakaoschalentee	3	1
(15) klarer Schnaps	23	30
(16) Teufelskralle	5	12

Skizze 33 s. Seite 126

Soweit die kleinen Zahlen eine Aussage darüber zulassen, hat im Durchschnitt etwa die Hälfte derer, die ein Hausmittel dem Namen nach kennen, diese Methode auch schon ausprobiert. Größere Abweichungen

von dieser Regel sind eindeutig nur bei Zwiebelsaft, Bohnensaft und Akupunktur festzustellen. Eine Spekulation über die Ursache dieser Abweichung scheint nur bei der Akupunktur möglich, da dieses Verfahren sehr geld- und zeitaufwendig ist. Bei den Mitteln, die die Patienten selbst nannten, liegt aufgrund der offenen Frageform erwartungsgemäß die Zahl derer, die die Methode schon angewandt haben, noch wesentlich höher, nämlich fast bei 3/4 der Befragten.

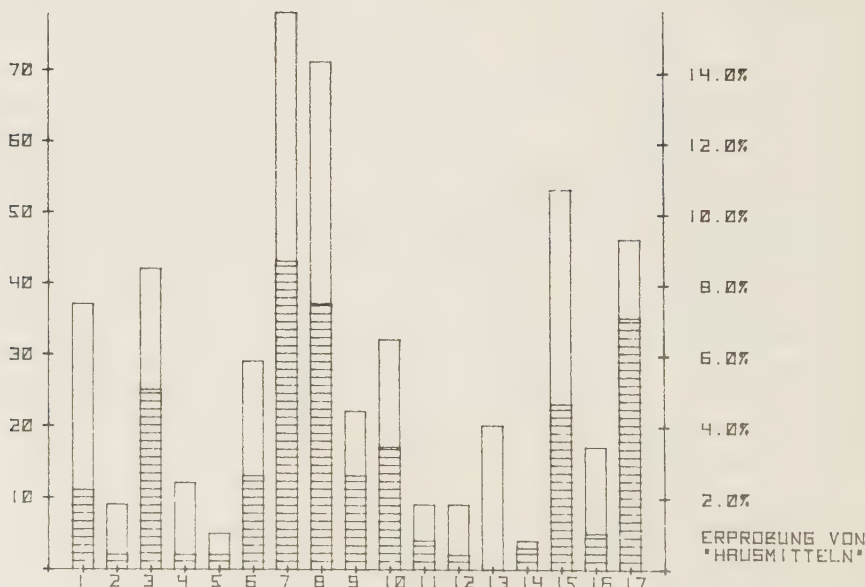
Frage 17.3.: Haben Sie selbst es schon probiert? (Tab. 88, Skizzen 33/ Säule 17, 34)

	Männer	% der Antworten	Frauen
(17) ja	11	72 %	24
(17) nein	7	28 %	6

Skizze 33:

SUMME DER ANTWORTEN

MAX. KLASSENHÄUFIGKEIT



3.3. Überzeugungsgrad von der Wirksamkeit einzelner Methoden

3.3.1. Allein aus der Tatsache, daß 64 % der Befragten bereits einmal oder öfter ein nicht-wissenschaftliches und von der Schulmedizin als unwirksam erklärtes Heilverfahren ausprobiert haben, läßt sich noch kein Widerspruch zur Beantwortung der Frage 18, bei der immerhin 72 % der Befragten eine Wirksamkeit dieser Methoden gänzlich verneinen, und damit ein Argument für die These vom Vorhandensein einer ambivalenten Einstellung zur Schulmedizin ableiten.

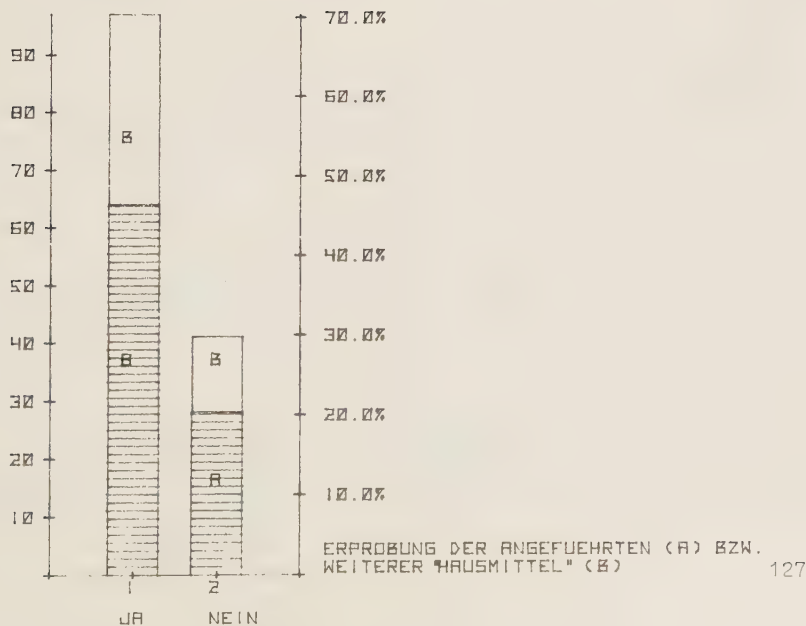
Frage 16 (B): Haben Sie selbst es schon ausprobiert?(Tab. 89, Skizze 34)

Tab. 89: Anzahl der Patienten, die mindestens ein Hausmittel selbst erprobt haben

	Männer	gesamt	Frauen
ja	27	64	37
nein	13	28	15

Skizze 34:

SUMME DER ANTWORTEN



Eine Untermauerung dieser Hypothese liefert erst die Folgefrage, bei der die Patienten beurteilen sollten, ob das von ihnen angewandte Mittel geholfen habe.

Frage 16 (C): Hat es geholfen? (Tab. 90, Skizze 35)

Tab 90: Ansichten der Patienten bezüglich des Erfolgs der Erprobung ihnen bekannter nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden

	gesamt		
	ja	nein	weiß nicht
Zwiebelsaft	3	6	3
Eierschalen	1	1	-
Bohnenschalentee	1	18	6
Bohnensaft	-	2	-
Bohnendragees	-	2	-
Heidelbeersaft	2	5	6
Sauerkraut	20	14	9
Sauerkrautsaft	17	14	6
Haferstrohtee	4	4	5
Hefe	8	5	4
Vitamine	2	1	1
Blütenpollen	-	2	-
Akupunktur	-	-	-
Kakaoschalentee	-	2	1
klarer Schnaps	5	9	9
Teufelskralle	-	4	1

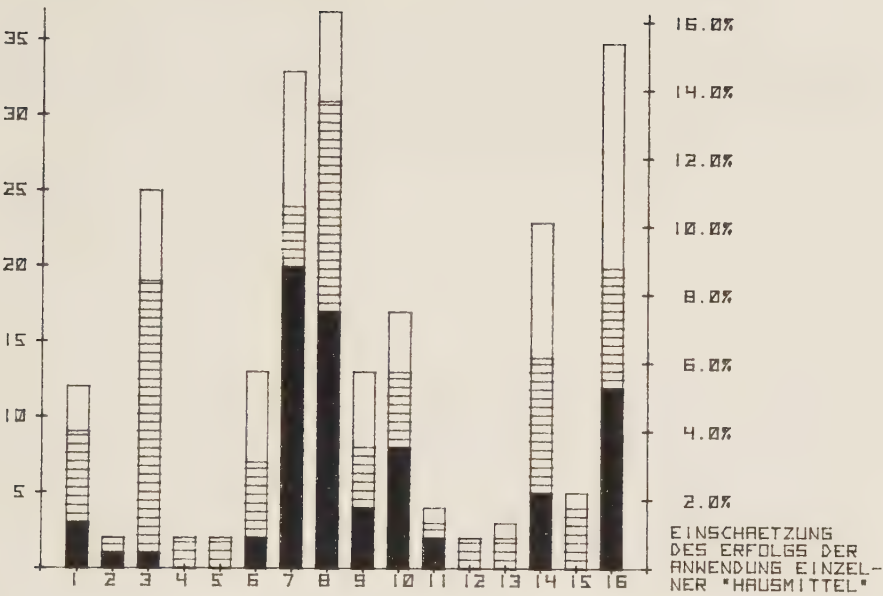
Skizze 35 s. Seite 129

Nur in 44,5 % der Antworten zu 16 (C) wurde eine Heilwirkung völlig abgelehnt, der Rest verteilt sich auf die Überzeugung, daß die Methode eine Wirkung gezeigt habe (31,5 %) und auf das unbestimmte "weiß nicht".

Relativ am besten schneiden Sauerkraut und Sauerkrautsaft bei der Bewertung ab, ein insofern erfreuliches Ergebnis, als die Patienten bei Anwendung dieser Methode sich selbst am wenigsten Schaden zufügen können.

Skizze 35:

SUMME DER ANTWORTEN



Parallel zur oben festgestellten größeren Zahl derer, die das bei der offenen Frage 17 angegebene Mittel probiert hatten, ist auch hier der Anteil der positiven (32 %) bzw. der "weiß nicht"-Antworten (43 %) im gesamten Antwortspektrum noch dominierender.

Frage 17.3.1.: Hat es geholfen? (Tab. 91)

Tab. 91: Ansichten der Patienten bezüglich der Wirksamkeit der von ihnen genannten Mittel

	Männer	% der Antworten	Frauen
ja	5	32 %	7
nein	-	25 %	8
weiß nicht	6	43 %	9

3.3.2. Einen interessanten Vergleich liefert Frage 38.2., bei der die Probanden ein Urteil über aufgrund von Zeitungswerbung ausprobierte "Heilmittel" (im weitesten Sinn des Wortes) abgeben.

Frage 38.2.: Hat es geholfen? (Tab. 92)

Tab. 92: Ansichten der Patienten zur Wirksamkeit der aufgrund von Zeitungswerbung ausprobierten "Heilmittel".

	Männer	% der Antworten	Frauen
ja	2	39 %	5
nein	3	50 %	6
weiß nicht	2	11 %	-

Sofern die kleine Stichprobenauswahl eine Hypothese zuläßt, fällt auch hier die kritischere Einstellung der Patienten auf, sobald es sich um nicht die eigene Krankheit betreffende Fragen handelt. 50 % entschiedener Ablehnung der Wirksamkeit dieser Mittel stehen genausoviele positive oder unbestimmte Antworten gegenüber.

3.4. Anwendung nicht-wissenschaftlicher Methoden als Ersatz für die medizinische Diabetestherapie

Obwohl die meisten Diabetiker wie die obigen Ergebnisse zeigen, nicht-wissenschaftliche Heilmethoden anwenden oder wenigsten schon ausprobiert haben und in über 50 % der Fälle von deren Unwirksamkeit zumindest nicht gänzlich überzeugt waren, setzte doch keiner der Befragten so viel Vertrauen in ihre Heilkraft, daß er sie als Ersatz für die Insulin- oder Tablettentherapie angewandt hatte (vgl. 1.1.2.1.).

9 % gaben an, die Einhaltung ihrer Diätvorschriften auf diese Weise umgangen zu haben. Angesichts der starken Unterbewertung der Bedeutung der Diät als unverzichtbare Grundlage jeder Diabetestherapie (vgl. 1.1.2.) ist dieses Ergebnis sogar durchaus positiv zu bewerten, zeigt aber umso deutlicher die Ambivalenz, die viele Kranke nach

jedem Strohalm, der ihnen irgendeine Besserung verspricht, greifen läßt, obwohl sie letzten Endes an einen Erfolg doch nicht zu glauben wagen.

Frage 18.1.1.: Was haben Sie ersetzt? (Tab. 93)

Tab. 93: Angaben der Probanden zur Art der durch nicht-wissenschaftliche Heilverfahren ersetzten Therapieform

	Männer	gesamt	Frauen
Tabletten	-	-	-
Insulin	-	-	-
Diät	6	9	3

Frage 18.1.2.: Welche Methode haben Sie dabei angewendet?
(Tab. 94)

Tab. 94: Als Ersatz für die medizinische Diabetestherapie angewandte nicht-wissenschaftliche Heilmethode

	Männer	gesamt	Frauen
Sauerkraut	2	4	2
Sauerkrautsaft	1	1	-
Schnaps	1	3	2
Tee	1	2	1
Saft	-	1	1
Heidelbeerblätter	1	1	-

3.5. Faktoren, die mit Kenntnis nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden zusammenhängen

Fast jeder Diabetiker wird im Laufe seiner Krankheit unvermeidlich mit der Existenz von "Hausmitteln", "neuen hundertprozentigen Heilverfahren" und mit vielen guten Ratschlägen konfrontiert, sei es durch wohlmeinende Bekannte, beim Lesen bestimmter Zeitungen, durch ungewolltes Mithören von Unterhaltungen im Wartezimmer des Arztes usw.. Wie er darauf reagiert, ob er die Informationen sofort wieder vergißt oder für sich "verwertet", könnte eventuell in Beziehung zu folgenden Faktoren stehen:

Arbeitshypothesen: Diabetesdauer
Schulung und Therapieverhalten
Art der Therapie

Die Antworten der Probanden auf die entsprechenden Fragen wurden in Form einer Mehrfeldertafel zu den Angaben bezüglich der Kenntnis von Hausmitteln in Beziehung gebracht und mit denselben Methoden wie bereits unter 1.3.3. beschrieben- Berechnung des χ^2 -Wertes und des Pawlikschen Kontingenzkoeffizienten - auf ihren Zusammenhang hin überprüft.

3.5.1. Ein Zusammenhang zwischen Diabetesdauer und Kenntnis nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden bietet sich aus zwei Gründen an:

Einerseits hatten die Patienten, die schon länger an Diabetes mellitus leiden, auch über einen längeren Zeitraum hinweg die Möglichkeit zum Erwerb solcher Kenntnisse. Zudem wurden sie zu einem Zeitpunkt mit diesen Informationen konfrontiert, zu dem die ärztlichen Schulungsbemühungen sowie die Verbreitung von Laienschriften längst nicht im heutigen Umfang betrieben wurden - eine intensive Unterrichtung der Diabetiker über ihre Krankheit auf breiter Basis wurde ja erst in den letzten Jahren konsequent durchgeführt - und deshalb auch die Aufklärung der Patienten über die Nutzlosigkeit solcher Verfahren nur mangelhaft oder gar nicht erfolgte.

Frage 3: Seit wann sind Sie zuckerkrank? (vgl. IV.2.1.)

Tab. 95: 3. Diabetesdauer / 16. + 17. Kenntnis von "Hausmitteln"
(Summe aller "ja"- bzw.
"nein"-Antworten)

Diabetes-Dauer

3./16. + 17.	1 - 2 Jahre	2 - 5 Jahre	länger als 5 Jahre
Kenntnis von "Hausmitteln"			
ja	57	105	337
nein	197	286	718

Testergebnis: Ablehnung der Nullhypothese auf einem Signifikanz-niveau von 1 % bei einem Pawlikwert von 0,110

3.5.2. Die Reaktion des Patienten bei der Konfrontation mit Informationen über "Hausmittel" dürfte in sehr starkem Ausmaß dadurch bestimmt sein, wie er deren Nutzen im Rahmen der allgemeinen Therapie seiner Krankheit einschätzt. Diese Einschätzung wiederum wird sowohl von seinen Kenntnissen über Ursachen, Pathophysiologie und Therapie der Zuckerkrankheit wie auch von seinem Interesse am aktuellen Krankheitsverlauf abhängen.

Als Indikatoren hierfür dienten die Ergebnisse der Fragen 15. und 7.2..

Frage 15: Nennung von Behandlungsmöglichkeiten der Zuckerkrankheit (vgl. 1.3.3.2. und 1.1.2.1.)

Tab. 96: 15. Anzahl der genannten Behandlungsmöglichkeiten des Diabetes mellitus / 16. + 17. Kenntnis von "Hausmitteln"

15./16. + 17.	Zahl der genannten Behandlungsmöglichkeiten		
	1	2	3
Kenntnis von			
0 bis 5	4	23	32
mehr als 5 verschiedene "Hausmittel"	4	20	17

Da die Besetzung der einzelnen Felder in diesem Fall für eine aussagekräftige Berechnung des χ^2 -Wertes nicht ausreichte, wurde die 2I-Statistik, ein dem χ^2 -Test ähnliches Verfahren berechnet.

Testergebnis: Annahme der Nullhypothese

Frage 7.2.: Genauigkeit der Angabe des Harnzuckerwertes
(vgl. 1.3.2. bis 1.3.4. und 1.1.1.3.)

Tab. 97: 7.2. Genauigkeit der Angabe des Harnzuckerwertes /
16. + 17. Kenntnis von "Hausmitteln" (Summe aller
"ja"- bzw. "nein"-Antworten)

Angabe des Harnzuckerwertes

7.2./16. + 17.	richtig	ungefähr richtig	falsch
Summe der Antworten			
ja	235	64	189
nein	581	157	474

Testergebnis: Annahme der Nullhypothese

Schlußfolgerungen

Die Existenz eines Zusammenhangs zwischen der Kenntnis nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden und dem Informationsgrad bzw. dem Interesse am aktuellen Krankheitsverlauf konnte anhand der oben verwandten Indikatoren nicht nachgewiesen werden.

3.5.3. Von der Art der Therapie wird das Ausmaß mitbestimmt, in dem die Diagnose "Diabetes mellitus" in den Lebensrhythmus und die Gewohnheiten des einzelnen Patienten eingreift. Die Notwendigkeit von Insulininjektionen stellt sicher eine stärkere Belastung dar als die Einnahme oraler Antidiabetika, die, zumal wenn der Patient sie mit einer "großzügigen" Auslegung der Diätvorschriften verbindet, ihm die Tatsache seiner Krankheit kaum zu Bewußtsein kommen läßt. Daneben bietet die Therapieform natürlich auch einen Hinweis auf den Schweregrad der Krankheit. Aus diesen Gründen kann sie Maß für den Grad der persönlichen Betroffenheit und Belastung des Patienten durch seine Krankheit gelten.

Frage 4: Therapieform (vgl. IV.2.2.)

Tab 98: 4. Therapieform / 16. + 17. Kenntnis von "Hausmitteln"
(Summe aller "ja"- bzw. "nein"-
Antworten)

4./16. + 17. Kenntnis von "Hausmitteln"	Therapieform		
	Insulin	Nur Diät	Tabletten
ja	257	38	221
nein	542	183	459

Testergebnis: Ablehnung der Nullhypothese auf einem Signifikanz-
niveau von 1 % bei einem Pawlikwert von 0,156

3.5.4. Zusammenfassung

Für die Faktoren "Diabetesdauer" und "Therapieform" konnte die Existenz eines - wenn auch nur lockeren - Zusammenhangs mit der Kenntnis nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden nachgewiesen werden. Die Arbeitshypothese, daß Schulung und Therapieverhalten in Beziehung zur Kenntnis von "Hausmitteln" stehen, bestätigte sich demgegenüber bei der Auswertung der zur Verfügung stehenden Indikatoren nicht.

Ebenso wie bei der Wertung der Ergebnisse zur Frage der Beziehung zwischen Informationsgrad und Therapieverhalten (vgl. 1.3.4.) ist auch in diesem Fall eine Interpretation wegen der beschränkten Anzahl und Aussagekraft der verwandten Indikatoren nur in sehr begrenztem Rahmen möglich. Es scheint jedoch festzustehen, daß mit der Krankheitsdauer sowie bei der Therapie mit oralen Antidiabetika die Kenntnis nicht-wissenschaftlicher Heilverfahren zunimmt.

4. Informationsverhalten

(vgl. II.4. Seite 4)

4.1. Relative Bedeutung verschiedener Informationsquellen im Rahmen der Diabetikerschulung

In der ersten Fragenserie des Interviews (Frage 9) wurden die Probanden gebeten, verschiedene Informationsquellen mit Noten von 1 bis 6 zu bewerten, wobei für das Urteil ausschlaggebend sein sollte, wieviel sie selbst von der entsprechenden Informationsquelle für ihr Wissen profitiert hatten und nicht, welchen objektiven Informationswert sie ihr zutrauten. Die geradzahlige Sechskerskala wurde der theoretisch günstigeren Fünferskala (47) bei allen Fragen dieser Art vorgezogen, da die Skala ja nicht schriftlich vorgelegt wurde und der erklärende Zusatz "bitte benoten Sie wie in der Schule ..." ihre Handhabung für manche Patienten sehr erleichterte. Der Mittelwert wird hierbei, wie die Interviewerfahrung zeigte, durch die Note 3 repräsentiert, während 4 schon eindeutig Unzufriedenheit ausdrückt.

Frage 9: Woher beziehen Sie Ihre Informationen? (Tab. 99, Skizze 36)

Tab. 99: Bewertung verschiedener Informationsquellen durch die Patienten mit Noten von 1 -sehr gut- bis 6

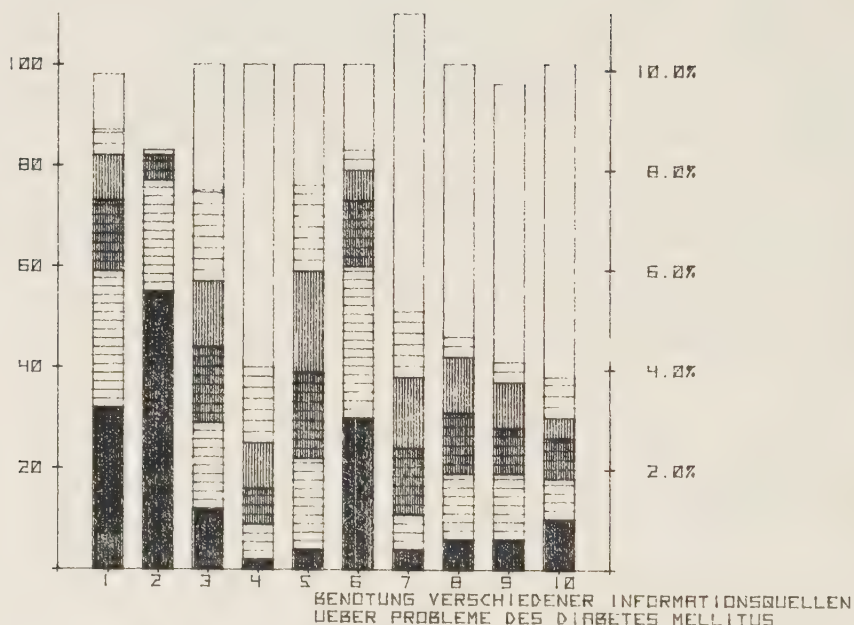
	Männer und Frauen					
	1	2	3	4	5	6
(1) Hausarzt ⁺	32	27	14	9	5	11
(2) Schulungsprogramm ⁺	55	22	5	-	1	-
(3) Fernsehen	12	17	15	13	18	25
(4) Rundfunk	2	7	7	9	15	60
(5) Presse	4	18	17	20	17	24
(6) Laienschriften	30	30	13	6	4	17
(7) Bekannte	4	7	13	14	13	49
(8) Apothekerzeitung	6	13	12	11	4	54
(9) Apotheker ⁺⁺	6	13	9	9	4	55
(10) Verwandte	10	8	8	4	8	62

⁺ 12 der befragten Männer und 5 der befragten Frauen hatten nicht am Schulungsprogramm der III. Medizinischen Abteilung des Schwabinger Krankenhauses teilgenommen

2 der befragten Frauen gaben an, keinen Hausarzt zu haben

⁺⁺ bei den ersten der befragten Patienten wurde zum Teil vergessen, nach der Bewertung des Apothekers zu fragen

SUMME DER ANTWORTEN



Weitaus am besten schnitt, selbst wenn man eine Verschiebung zum Positiven infolge des Auftraggebereffektes berücksichtigt (vgl. III.3.5.), das Intensivschulungsprogramm der III. Medizinischen Abteilung ab, das von 2/3 der Teilnehmer die Note sehr gut erhielt. Wichtiger erscheint fast noch, daß nur ein Patient es schlechter als mit 3 bewertete, was heißt, daß diese Art von Unterricht allen Teilnehmern trotz deren unterschiedlicher Vorbildung und sonstiger Voraussetzungen Wissen vermitteln konnte.

Neben dem Schulungsprogramm wurden Hausarzt und Laienschriften am besten beurteilt, wobei jedoch bei beiden gehäuft negative Einschätzungen auftauchen, was heißt, daß diese Informationsquellen nicht als einzige angeboten werden dürfen, will man nicht das Risiko eingehen, den Patienten ungeschult zu lassen. Der betreuende Arzt darf

sich also nicht damit begnügen, dem Diabetiker eine Aufklärungsschrift über seine Krankheit in die Hand zu drücken, mag sie auch noch so geschickt und gut aufgemacht sein. Nach dem Ergebnis der vorliegenden Untersuchung hat er damit zu rechnen, daß jeder fünfte Patient mit dieser Schulungsmethode nichts anzufangen weiß. Der gleiche Prozentsatz war auch mit der Unterweisung durch den Hausarzt unzufrieden.

Allen nicht-ärztlichen Informationsquellen kommt im Rahmen der eigentlichen Diabetikerschulung nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Am ehesten haben Presse und Fernsehen, die mehr Mittel- als Extremnoten erhielten, hier noch eine gewisse Funktion. Für die ausschlaggebende Rolle der Ärzte spricht auch - trotz der unter III.2.2. erläuterten Einwände - das Ergebnis von Frage 14 und hier insbesondere die Tatsache, daß fast alle Patienten den Bezugsrahmen auf eine Auswahl unter verschiedenen Ärzten einschränkten.

Frage 14: Nehmen wir an, Ihre Zuckerkrankheit würde jetzt erst entdeckt. Wo glauben Sie, nach Ihren bisher gemachten Erfahrungen, könnten Sie sich am ehesten schnell und gründlich informieren? (Tab. 100)

Tab. 100: Informationsquellen, die der Patient nach seinen bisher gesammelten Erfahrungen bevorzugt benutzen würde

	Männer	% des Gesamtkollektivs	Frauen
III. Abteilung des Schwabinger Krankenhauses	26	59 %	33
beim Arzt	18	40 %	22
durch Laienschriften	-	-	-
im Kurbad	-	1 %	1

4.2. Beitrag der Massenmedien zum Informationsangebot über die Zuckerkrankheit

4.2.1. Erwartungsgemäß spielen die Massenmedien die entscheidende Rolle bei der Verbreitung von Sensationsmeldungen und der Information über neueste Entwicklungen und Zukunfts Spekulationen bezüglich der Diabetestherapie. 58 % der Befragten hatten von der Möglichkeit, eine künstliche Bauchspeicheldrüse zur Behandlung der Zuckerkrankheit einzusetzen, über Presse oder Fernsehen erfahren, wobei die Presse (37 %) eine größere Rolle spielt als das Fernsehen.

Frage 24.2.: Wo haben Sie davon gehört? (Tab. 101)

Tab. 101: Befragung der Patienten zur Art und Weise, auf die sie über die Möglichkeit einer Behandlung der Zuckerkrankheit durch eine künstliche Bauchspeicheldrüse erfahren haben

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
Fernsehen	8	20 %	12
Presse	16	37 %	21
von Bekannten	5	10 %	5
Schulungsprogramm	5	6 %	1
Rundfunk	1	1 %	-
Laienschriften (z.B. Diabetes-Journal)	3	6 %	3
Hausarzt	1	1 %	-
von Verwandten	1	1 %	-
weiß nicht	1	1 %	-
noch nie davon gehört	14	32 %	18

Bei Frage 20.1. erscheint diese Tendenz nur auf den ersten Blick nicht so klar, Die Patienten, die die Nebenwirkungen aus eigener Erfahrung kannten, gaben eher "Schäden" wie widerlichen Nachgeschmack, Verstopfung usw. an, während diejenigen, die die Information von den Massenmedien bezogen hatten, Gefahren durch Krebserzeugung oder durch die "chemische Natur" der Süßstoffe bevorzugt nannten.

Frage 20.1.: Woher haben Sie diese Information? (Tab. 102)

Tab. 102: Befragung der Patienten zu Informationsquellen über eventuelle Schädlichkeit von Süßstoffen

	Männer	gesamt	Frauen
Presse	5	13	8
Apotheker	1	2	1
Bekannte	-	1	1
Fernsehen	-	2	2
eigene Erfahrung	4	9	5
weiß nicht	1	4	3

4.2.2. Daß ärztliche Information und Information durch die Massenmedien verschiedene Bereiche des Spektrums bevorzugt abdecken, beweisen auch die Fragenserien 12 und 13. Zur Darbietungstechnik dieser Fragen muß erklärt werden, daß sie in eindringlicher Betonung verlesen wurde, womit der Interviewer zum Ausdruck bringen wollte, daß ihm sehr viel an der Information läge. Deshalb überlegten die Patienten auch ziemlich lange, bevor sie mit nein antworteten. Die dem zugrundeliegende Überlegung war, daß sicher alle Patienten schon mit solchen "Neuigkeiten" konfrontiert wurden, ihr Erinnerungsvermögen jedoch ein Gradmesser für ihr Interesse daran und ihre Betroffenheit von der Information gewertet werden könne.

Frage 12: Können Sie sich erinnern, Informationen über die Zuckerkrankheit aus der Presse entnommen zu haben, die Ihnen Ihr Arzt nicht gesagt hat? (Tab. 103, Skizze 37/Säule 1)

Tab. 103: Befragung der Patienten zu Informationen, die sie aus der Presse, aber nie vom Arzt erhielten

	Männer	gesamt	Frauen
ja	19	29	10
nein	26	71	45

Skizze 37 s. Seite 143

Frage 12.1.: Um welche Informationen handelt es sich hierbei?
(Tab. 104)

Tab. 104: Zusammenstellung der Informationen über die Zuckerkrankheit, die die Patienten aus der Presse entnommen haben

	Männer	gesamt	Frauen
weiß nicht	6	9	3
künstliches Pankreas	4	7	3
Hausmittel	5	5	-
B-Zellverpflanzung	1	2	1
Zukunftsspekulationen	3	3	-
Zuckeranstieg bei Aufregung	1	1	-
Unwirksamkeit von Euglucon	1	1	-
neue Tabletten	1	1	-
Schädlichkeit von Süßstoffen	-	1	1
neues Insulin	-	1	1
je mehr man spritzt, umso mehr muß man essen	-	1	1
Reaktion des Pankreas auf Tabletten	-	1	1

Frage 12.2.: Für wie wichtig halten Sie diese Informationen?
(Tab. 105)

Tab. 105: Einschätzung der Wichtigkeit der Informationen, die die Patienten nur durch Zeitungsmeldung, nicht aber von ärztlicher Seite erhalten hatten

	Männer	% der Antworten	Frauen
sehr wichtig	6	38 %	5
weniger wichtig	4	24 %	3
unwichtig	4	17 %	1
weiß nicht	5	21 %	1

29 % der Befragten hatten aus der Presse Informationen entnommen, wobei bevorzugt die schon oben erwähnten Themen und ähnliche, die ihnen der Arzt nicht vermittelt hatte, genannt wurden.

Die obige Hypothese wird noch erhärtet dadurch, daß nur 38 % davon diese Informationen als sehr wichtig einstufen.

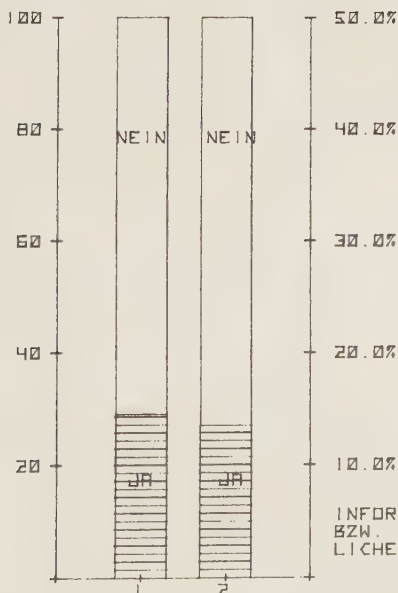
Frage 13: Haben Sie von irgendeiner anderen Seite etwas über die Zuckerkrankheit gehört, was Ihnen Ihr Arzt nicht gesagt hat? (Tab. 106, Skizze 37/Säule 2)

Tab. 106: Befragung der Patienten zu Informationen, die weder vom Arzt noch aus Pressemeldungen stammen.

	Männer	% des Gesamt- kollektivs	Frauen
ja	14	27 %	13
nein	31	73 %	42
weiß nicht mehr	-	-	-

Skizze 37:

PATIENTENZAHL



Frage 13.1.: Was haben Sie gehört? (Tab. 107)

Tab. 107: Zusammenstellung der Informationen, die die Patienten weder durch den Arzt noch durch Pressemeldungen erhielten

	Männer	gesamt	Frauen
Hausmittel	10	20	10
Ursachen des Diabetes	2	2	-
Zukunftsspekulationen	1	1	-
Spätfolgen	-	1	1
Begleitkrankheiten	-	1	1
Lebensführung	-	1	1
Nachspritzen von Insulin	-	1	1
Details, z.B. Stellung der Spritze	-	1	1
weiß nicht mehr	1	3	2

Frage 13.2.: Woher stammen diese Informationen? (Tab. 108)

Tab. 108: Quellen, aus denen die Informationen stammen, die die Patienten weder vom Arzt noch aus der Presse erhielten

	Männer	gesamt	Frauen
von Bekannten	10	19	9
vom Fernsehen	2	2	-
vom Kräuterhaus	-	1	1
aus dem Diabetes-Journal	1	2	1
aus anderen Laienschriften	-	1	1
weiß nicht mehr	1	2	1

Frage 13.3.: Haben Sie auf diese Informationen in irgendeiner Weise reagiert? (Tab. 109)

Tab. 109: Befragung der Patienten zu ihrer Reaktion auf Informationen, die weder von ärztlicher Seite kamen noch aus der Presse stammten

	Männer	% der Antworten	Frauen
ja	3	41 %	8
nein	11	59 %	5

Frage 13.3.1.: Wie haben Sie reagiert? (Tab. 110)

Tab. 110: Reaktionsweisen der Patienten aufgrund von Informationen, die weder vom Arzt noch aus der Presse stammten

	Männer	gesamt	Frauen
ausprobiert	2	6	4
gezweifelt	1	1	-
nicht probiert bzw. abgelehnt	-	2	2
genauere Einhaltung der Diät	-	2	2
Sport getrieben	-	1	1
Wissensvertiefung	-	1	1

Ein im Prinzip ähnliches Bild gibt Frage 13, bei der sich 27 % der Befragten an Informationen erinnern können, die sie weder vom Arzt noch aus der Presse bezogen haben. Bei den Inhalten stehen hier nicht-wissenschaftliche Behandlungsmethoden im Vordergrund (66 % der Angaben), was sich auch mit der Nennung der Bekannten als Hauptinformationsquelle sehr schön zur Deckung bringen läßt (vgl. 4.4.). Nur 41 % haben auf die Information überhaupt reagiert. Von diesen wiederum 50 %, indem sie irgendein Mittel ausprobierten. Zur Wissensvertiefung hatten solche Informationen nur bei einer einzigen Probandin beigetragen.

4.2.3. Obwohl anzunehmen war, daß der Rundfunk als Informationsquelle keine führende Position einnehmen würde, überrascht auf den ersten Blick seine völlige Bedeutungslosigkeit im Rahmen der Fragen 12, 13, 20 und 24.

Bei der Frage 9 wird er erheblich schlechter bewertet als die anderen Massenmedien und ist zusammen mit den mündlichen Informationsquellen auf den unteren Plätzen der Rangskala. Eine Erklärung für dieses schlechte Abschneiden kann auf der Grundlage dieser Studie nicht gegeben werden.

Man könnte darüber spekulieren, ob dies vielleicht an der Art der Beiträge liegt, die meist im Rahmen allgemeininformativer Sendungen oder als Kurzinformation während Unterhaltungssendungen ohne extra Ankündigung gesendet werden, so daß es

allein dem Zufall obliegt, ob der Diabetiker den Beitrag hört. Tatsächlich beklagten sich auch einige der Patienten darüber, daß sie nie wüßten, wann die Beiträge gesendet würden.

4.3. Relative Bedeutung verschiedener Informationsquellen bei der Verbreitung der Kenntnis nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden

Was sich schon bei Frage 13.2. ankündigte, geht aus den Angaben zu den Fragen 16 und 17.2. ganz eindeutig hervor: Bei der Verbreitung der Kenntnis nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden, insbesondere der sogenannten "Hausmittel" und "Spezialrezepte" spielt die mündliche Überlieferung durch Bekannte oder Verwandte (in 8 % der Antworten als Quelle angegeben) eine dominierende Rolle. In weitem Abstand folgen Presse und Reformhaus, während andere Informationsmöglichkeiten in Einzelfällen eine Rolle spielen mögen, für die weite Verbreitung der Kenntnis dieser Methoden jedoch nicht verantwortlich zu machen sind.

Frage 16 (A): Woher haben Sie davon erfahren? (Tab. 111, 112, Skizze 38)

Tab. 111: Gesamtzahl der Nennung einzelner Informationsquellen

	Männer	gesamt	Frauen
(1) Bekannte	121	295	174
(2) Verwandte	19	28	9
(3) Presse	12	49	37
(4) Reformhaus oder Drogerie	21	44	23
(5) Hausarzt	7	11	4
(6) Kräuterhaus oder -buch	11	16	5
(7) Apotheker	2	15	13
Krankenschwester oder sonstiges medizinisches Personal	3	4	1
Naturheilkundler	-	2	2
Laienschrift	-	1	1
Fernsehen	1	1	-

Tab. 112: Bedeutung verschiedener Informationsquellen bei der
Verbreitung der Kenntnis nicht-wissenschaftlicher Be-
handlungsmethoden

Im folgenden Schema werden als Abkürzungen verwendet:

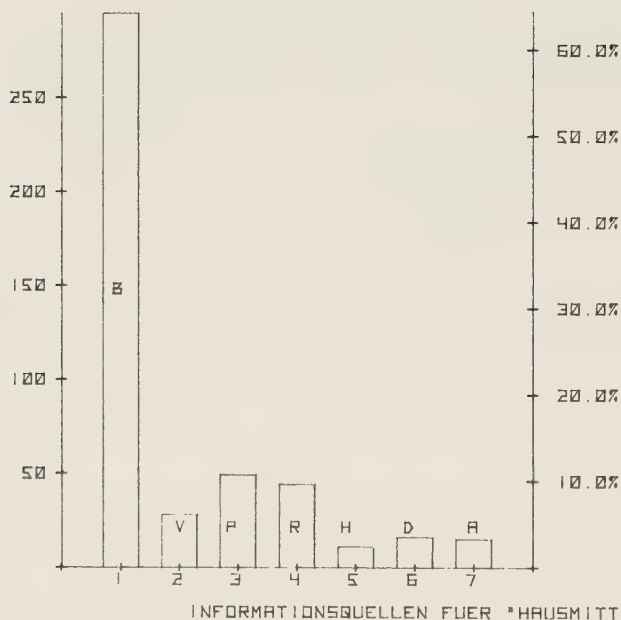
B = Bekannte	R = Reformhaus	N = Naturheilkundler
V = Verwandte	H = Arzt	L = Laienschrift
P = Presse	D = Kräuterhaus - oder -buch	F = Fernsehen
A = Apotheker	K = Krankenschwester oder sonstiges medizinisches Personal	

Männer und Frauen

	B	V	P	A	R	H	D	K	F	N	L
Zwiebelsaft	18	3	9	1	4	1	1	1	-	-	-
Eierschalen	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bohnsenschalen- tee	32	4	2	3	2	2	3	-	-	-	-
Bohnensaft	9	2	1	-	-	2	1	-	-	-	-
Bohnendragees	4	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Heidelbeersaft	16	-	3	2	6	-	3	1	-	-	-
Sauerkraut	54	4	5	3	9	-	3	1	-	1	-
Sauerkrautsaft	49	5	5	3	10	-	1	-	-	1	-
Haferstrohtee	16	1	1	-	1	1	2	-	-	-	-
Hefe	16	2	5	1	6	1	1	-	-	-	-
Vitamine	6	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-
Blütenpollen	2	-	5	-	2	-	-	-	-	-	-
Akupunktur	7	-	9	-	2	1	-	-	1	-	-
Kakaoschalentee	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
klarer Schnaps	43	3	2	-	-	3	-	1	-	-	1
Teufelskralle	13	-	1	1	2	-	-	-	-	-	-
gesamt	295	28	49	15	44	11	16	4	1	2	1

Skizze 38:

SUMME DER ANTWORTEN



Frage 17.2.: Woher haben Sie davon erfahren? (Tab. 113)

Tab. 113: Bedeutung verschiedener Informationsquellen bei der Verbreitung der Kenntnis nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden, die die Patienten selbst nannten

	Männer	gesamt	Frauen
von Bekannten	8	28	20
von Verwandten	4	8	4
vom Heilpraktiker	1	1	-
vom Wurzelsepp	1	1	-
vom Reformhaus	1	2	1
aus dem Kräuterbuch	1	4	3
weiß nicht	1	2	1

4.4. Bedeutung der "Eigenen Erfahrung" als Informationsquelle

Die Interpretation der Fragen unter 1. und 2. führte zu dem Ergebnis, daß viele Patienten das eigene subjektive Krankheits- und Therapieerlebnis in seiner Bedeutung für den objektiven Wissenszuwachs bezüglich ihrer Krankheit überschätzen. Diese Hypothese kann auch zur Deutung der Angaben in Frage 21.1. herangezogen werden.

Frage 21.1.: Woher haben Sie diese Information? (Tab. 114)

Tab. 114: Befragung der Patienten zum Erwerb ihrer Kenntnisse über die Nebenwirkungen der oralen Antidiabetika

	Männer	gesamt	Frauen
eigene Erfahrung	13	26	13
Bekannte	2	7	5
Verwandte	1	1	-
Presse	3	6	3
Fernsehen	1	1	-
weiß nicht	2	3	1

Wie schon unter 1.3. dargestellt, informieren die Ärzte aus psychologischen Erwägungen nicht von vornherein über die Nebenwirkungen der oralen Antidiabetika. 60 % der Diabetiker nannten hier die eigene Erfahrung als Informationsquelle, dahinter rangierten in weitem Abstand Presse und Bekannte, was auf die Patienten zurückgehen dürfte, die nicht selber mit oralen Antidiabetika behandelt werden.

Ein ähnliches Bild zeigen auch die Angaben bei 20.1., wo nach den Informationsquellen, aus denen die Patienten ihre Kenntnisse der Schädlichkeit von Süßstoffen bezogen, gefragt wurde.

Im Rahmen der Beantwortung dieser Fragen ist die Nennung der subjektiven Erfahrung als Informationsquelle durchaus angemessen, da es sich hierbei vor allem um subjektive Erlebnisse handelt. Eine Brücke zur eingangs erwähnten Überschätzung des eigenen Wissens durch Überschätzung der Bedeutung dieser Erfahrungen für das Verständnis der theoretischen Krankheitsursachen liefert die Beantwortung der Frage 31 (vgl. 2.1.4.).

4.5. Zusammenfassung

Die verschiedenen Informationsquellen vermitteln jeweils bevorzugt eine ganz bestimmte Art und Qualität von Information.

Die Diabetikerschulung im eigentlichen Sinn des Wortes wird nach wie vor zum größten Teil von ärztlicher Seite getragen (14). Laienschriften und auch Publikation in den Massenmedien können hier den Arzt zumindest bisher nur unzureichend entlasten. Ratschläge wohlmeinender Mitbürger und Berichte der Sensationspresse sind den Patienten zwar durchaus bekannt und oft auch willkommen, werden von ihnen jedoch nicht oder nur in geringem Maße als Beiträge zur Erhöhung des Kenntnisstandes gewertet.

Daß Massenmedien und "Mund-zu Mund-Propaganda" dennoch einen wesentlichen Beitrag zur Verbreitung von Informationen über die Zuckerkrankheit liefern, geht aus der im Vergleich zu den ärztlichen Informationsquellen häufigeren Nennung bei allen Fragen zum Informationsverhalten hervor (vgl. 14).

Hier mag auch eine Erklärung für die bei 1.1.1. festgestellte überraschend große Informationshäufigkeit liegen (vgl. Fragen 10, 11). Sie dürfte in der Hauptsache auf die Massenmedien zurückzuführen sein, was auch in der Interviewsituation immer wieder durch Bemerkungen der Probanden zum Ausdruck kam, als sie sich an die genauen Umstände der letzten Information über die Zuckerkrankheit (Frage 11) zu erinnern suchten.

Im Zusammenhang mit der Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung des Wissensstandes durch die Patienten und der Beantwortung der Wissensfragen (vgl. 1.1. und 1.2.) liegt der Schluß nahe, daß auch die Bewertung des Informationsverhaltens bzw. der relativen Bedeutung der einzelnen Informationsquellen die eigentlichen **Verhältnisse** verzerrt wiedergibt.

Die Tatsache, daß zwar der ärztliche Beitrag zur Information über die Zuckerkrankheit als der wichtigste und für den Kenntnis-

stand ausschlaggebende beurteilt wurde, darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß bei allen direkten Fragen zu den Informationsquellen die ärztliche nur eine untergeordnete Rolle spielt. Zwar hängt dies sicher zum Teil von der Art der Frageninhalte ab, die ja nicht eigentliches Wissen über die Krankheit, sondern sehr unwissenschaftliche Gegenstände zum Thema haben. Dennoch soll hier zumindest der Verdacht nicht unerwähnt bleiben, daß die Patienten den ärztlichen Beitrag zu ihrer Kenntnis der Zuckerkrankheit zwar in seiner Qualität im Vergleich zu den anderen Informationen richtig bewertet haben, daß aber, von ihnen selbst unbemerkt, das, was im Endeffekt ihr Wissen über den Diabetes mellitus ausmacht, sehr stark von den Inhalten und Einflüssen der anderen Informationsquellen geprägt ist.

4.6. Vergleichende Betrachtung des Informationsverhaltens der Probanden bei der Beschäftigung mit anderen Themen aus dem Bereich der Medizin

4.6.1. Entsprechend Frage 9 (vgl. 4.1.) wurden die Probanden gebeten, den Beitrag verschiedener Informationsquellen zu ihrem Wissen über allgemeine Gesundheitsfragen zu bewerten:

Frage 42: Bitte benoten Sie die aufgeführten Informationsquellen nach ihrer Wichtigkeit für Sie persönlich mit Noten von 1 bis 6! (Tab. 115, Skizze 39)

Tab. 115: Benotung verschiedener Informationsquellen gemäß ihrem Beitrag zum Wissen des Probanden über Fragen aus dem Bereich der Medizin (alle Angaben in %)

	Männer und Frauen					
	1	2	3	4	5	6
(1) Hausarzt	27	31	22	6	5	8 ⁺
(2) Fernsehen	15	26	27	11	12	9
(3) Rundfunk	2	9	14	19	12	42
(4) Presse	2	15	27	33	12	21
(5) Laienschriften	3	16	16	11	7	46
(6) Bekannte	1	8	17	19	18	37
(7) Apothekerzeitung	5	24	13	6	9	43
(8) Apotheker	9	18	11	6	7	48
(9) Verwandte	9	7	13	19	12	40

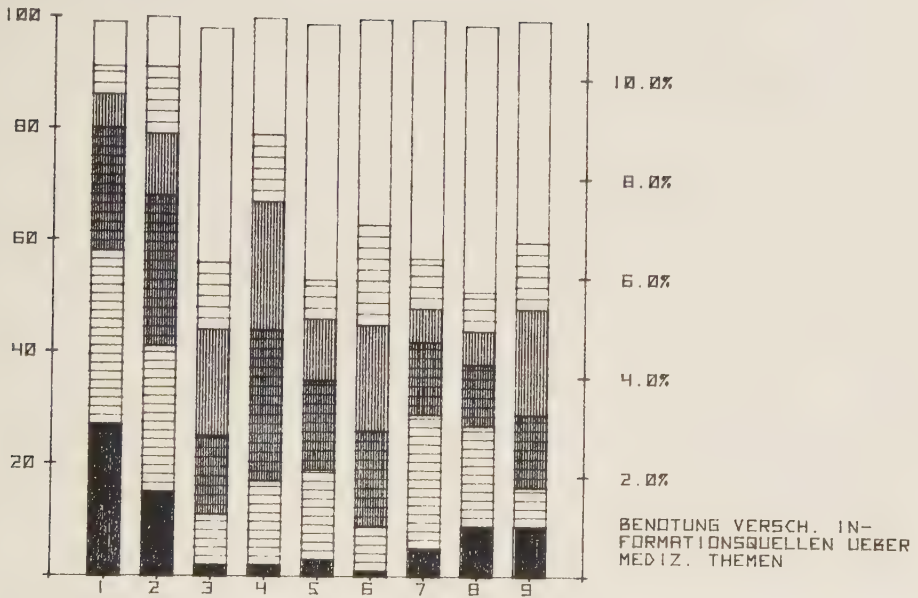
Skizze 39 s. Seite 153

Im Vergleich zu Tab. 99 besteht - abgesehen von einigen kleineren Verschiebungen in der Einzelbenotung - die einzige größere Abweichung in der stärkeren Betonung der Rolle von Bekannten und Verwandten. Gespräche über durchgemachte Krankheiten stellen offenbar einen wesentlichen Beitrag zur Verbreitung von Information über medizinische Fragen dar.

⁺ bei dieser Bewertung sind die beiden Frauen, die nach eigenen Angaben keinen Hausarzt besitzen, eingeschlossen

Skizze 39:

SUMME DER ANTWORTEN



Der Apothekerzeitung kommt in Anbetracht der regelmäßigen Apothekenbesuche der Probanden eine erstaunlich geringe Bedeutung zu. Parallel mit den Ergebnissen der Fragenreihen 40 und 41 (vgl. 2.1.2.) macht dies die Hypothese wahrscheinlich, daß nur eine Minderheit zur Beschäftigung mit medizinischen Problemen in sachlicher, nicht durch Schlagzeilen und Aufhänger attraktiv gemachter Form bereit ist, sofern hierzu nicht ein aktueller Anlaß besteht - sei es aufgrund eigener Symptomatik oder eines Krankheitsfalles in der näheren Umgebung.

4.6.2. Sind die Patienten jedoch selbst betroffen, steigt sprunghaft der Wunsch, sich trotz Zufriedenheit mit der Ausführlichkeit der ärztlichen Erläuterungen (vgl. Frage 33.1. und 2.1.4.) zusätzlich von anderer Seite Informationen zu beschaffen (55 %), wobei 77 % derer, die sich bei einer Zweitkrankheit von anderer Seite informierten, nach dieser Information bewußt gesucht hatten.

Frage 33.2.: Haben Sie sich selbständig von anderer Seite informiert? (Tab. 116)

Tab. 116: Befragung der Patienten zum Informationsverhalten bei Zweitkrankheiten

	Männer	% der Antworten	Frauen
nein	11	45 %	14
ja (ohne nähere Angaben)	1	9 %	3
bei anderen Ärzten	2	9 %	2
durch die Presse	2	9 %	2
durch Laienschriften	5	17 %	3
von Bekannten	2	11 %	4

Frage 33.3.: Stießen Sie zufällig auf die Information oder haben Sie bewußt danach gesucht? (Tab. 117)

Tab. 117: Nähere Erläuterungen zur Art und Weise der Informationsbeschaffung über Zweitkrankheiten

	Männer	% der Antworten	Frauen
zufällig	1	10 %	2
hat gesucht	11	77 %	13
weiß nicht	-	13 %	4

4.6.3. Frage 48 belegt noch einmal die führende Rolle des Hausarztes, der von 38 % der Befragten als die Hauptinformationsquelle auch über allgemeine Gesundheitsfragen bezeichnet wird.

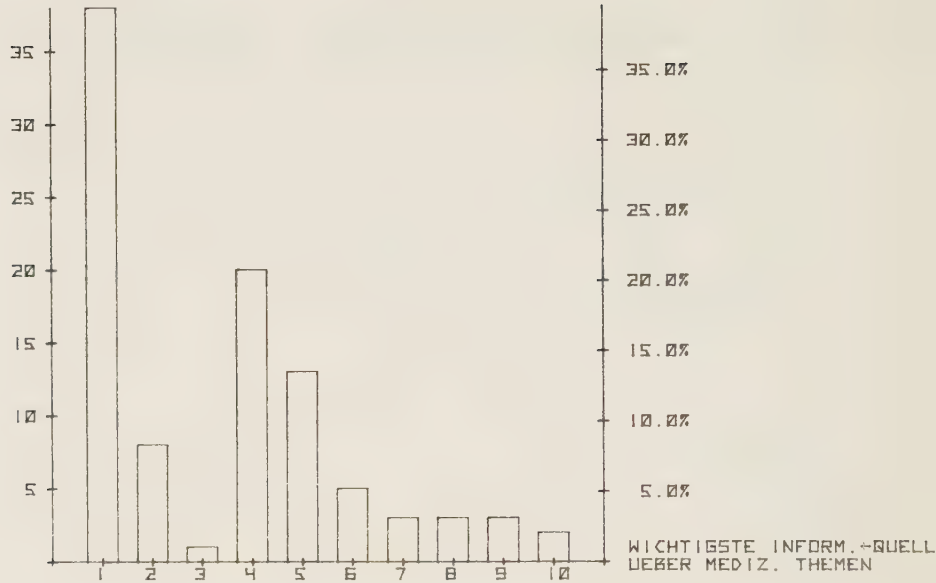
29 % der Befragten beziehen ihr Wissen in der Hauptsache aus den Massenmedien, wobei die Presse mit 66 % den größten Beitrag dazu leistet.

Frage 48: Woher beziehen Sie die meisten Ihrer Informationen über Gesundheitsfragen? (Tab. 118, Skizze 40)

Tab. 118: Befragung der Patienten zu der für sie wichtigsten Informationsquelle

	Männer	gesamt	Frauen
(1) Hausarzt	13	38	25
(2) Fernsehen	3	8	5
(3) Rundfunk	1	1	-
(4) Presse	10	20	10
(5) Laienschriften	9	13	4
(6) Bekannte	2	5	3
(7) Verwandte	2	3	1
(8) Apothekerzeitung	2	3	1
(9) eigene Erfahrung	1	3	2
(10) Apotheker	-	2	2
weiß nicht	2	4	2

PATIENTENZAHL



Immerhin 66 % der Befragten würden eine Erhöhung des Informationsangebots über medizinische Fragen in den Massenmedien befürworten.

Frage 49: Sollten die Massenmedien Ihrer Ansicht nach noch mehr medizinische Fragen aufgreifen? (Tab. 119)

Tab. 119: Ansichten der Patienten bezüglich einer Erweiterung des Informationsangebots der Massenmedien zu Themen aus dem Bereich der Medizin

	Männer	% des Gesamtkollektivs	Frauen
ja	29	66 %	27
nein	15	37 %	22
weiß nicht	1	7 %	5

5. Arzt-Patient-Verhältnis (vgl. II.5. Seite 4)

War es früher selbstverständlich, daß jede Familie "ihren" Hausarzt hatte, der nicht nur das isolierte Krankheitsbild, sondern auch den sozialen Hintergrund und familiäre Probleme kannte, so haben heute, besonders in der Großstadt, nur noch wenige Ärzte und Patienten das Glück, ein solches Verhältnis zueinander aufbauen zu können. Am ehesten scheint dies noch im Falle chronisch Kranker realisierbar, die über einen langen Zeitraum hinweg regelmäßigen Kontakt zu einem Arzt pflegen müssen, wie es zum Beispiel beim Diabetes mellitus durch die Kontrolluntersuchungen erforderlich ist.

In Anbetracht der Bedeutung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient für die enge Kooperation in therapeutischen Fragen sollte im Rahmen der vorliegenden Studie nach Hinweisen dafür gesucht werden, ob Patient und Arzt diesen positiven Aspekt der chronischen Natur der Zuckerkrankheit für ihre gegenseitige Beziehung gewinnbringend zu nutzen wissen.

5.1. Die Bewertung der Informationsquelle "Hausarzt" fällt sowohl was speziell Fragen der Diabetikerschulung als auch allgemeine Gesundheitsthemen anbelangt, sehr positiv aus, sieht man von den wenigen negativen Urteilen, die zugleich eine Verurteilung bedeuten sollten, ab. In den meisten Fällen kann man also davon ausgehen, daß die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung als Basis einer vertrauensvollen Haltung des Patienten gegeben ist.

Bestätigt wird diese Interpretation durch die Resultate der Fragen 33.1., 34.1., 34.1.1. und 34.1.1.2.

Frage 33.1.: Hat Ihr Arzt Sie informiert? (Tab. 120)

Tab. 120: Befragung der Patienten zum ärztlichen Informationsbeitrag über Zweitkrankheiten

	Männer	gesamt	Frauen
ja, sehr genau	16	34	18
ungefähr	3	7	10
sehr wenig	-	3	3
nein	3	4	1
weiß nicht	-	3	3

Nur 12 % der Probanden, die nach eigenen Angaben über eine Zweitkrankheit Bescheid gewußt hatten, waren mit der Information durch den Arzt nicht zufrieden.

Von den Patienten, die nach eigenen Aussagen - von der Diagnose abgesehen - keine Kenntnisse über eine durchgemachte Zweitkrankheit aufwiesen, waren zwei der Ansicht, der Arzt hätte ihnen konkrete Auskünfte geben sollen. Selbst nachgefragt hatte jedoch keiner, wobei die Begründungen dafür dieses Verhalten nicht dem Arzt zur Last legen.

Frage 34.1.: Haben Sie das Gefühl, der Arzt hätte Ihnen mehr erzählen sollen? (Tab. 121)

Tab. 121: Befragung zu den Informationswünschen der Patienten

	Männer	gesamt	Frauen
ja	-	-	-
Konkreteres	-	2	2
nein	-	1	1

Frage 34.1.1.: Haben Sie ihn genauer befragt? (Tab. 122)

Tab. 122: Rückfragen der Patienten bei unzureichender ärztlicher Aufklärung

	Männer	gesamt	Frauen
nein	-	2	2

Frage 34.1.1.2.: Warum haben Sie ihn nicht genauer befragt? (Tab. 123)

Tab. 123: Gründe für die Unterlassung von Rückfragen von seiten der Patienten bei ihrer Ansicht nach unzureichender Aufklärung durch den Arzt

	Männer	gesamt	Frauen
würde es nicht verstehen	-	2	2
geht nicht, daß die Ärzte jedem Patienten alles erklären	-	1	1

Die obigen Ergebnisse sind nur aus Gründen der Vollständigkeit und zum Gewinn eines ersten Eindruckes wiedergegeben, können aber aufgrund der geringen Stichprobenzahl keinerlei Anspruch auf Aussagekraft erheben.

5.2. Die volle Zahl der Befragten beantwortete jedoch Frage 47, der somit ein größerer Aussagewert bezüglich des Untersuchungszieles zukommt:

Frage 47: Sprechen Sie mit Ihrem Arzt auch manchmal über medizinische Probleme, die nicht speziell Sie persönlich betreffen? (Tab. 124)

Tab. 124: Befragung der Patienten zu Inhalten von Gesprächen mit dem Arzt

	Männer	gesamt	Frauen
ja	11	31	20
nein	34	69	35

31 % der Befragten sprechen mit ihrem Arzt auch über medizinische Themen, die, da sie nicht den Fall des Patienten selbst betreffen, wohl in den meisten Fällen eher von diesem an den Arzt herangetragen werden als umgekehrt. Davon wiederum 68 % erhalten auf ihre Fragen ausführliche Antworten.

Frage 47.1.: Geht er auf Ihre Fragen ein? (Tab. 125)

Tab. 125: Zufriedenheit der Probanden mit den Auskünften des Arztes zu Fragen, die nicht Probleme ihrer eigenen Gesundheit betreffen

	Männer	% der Antworten	Frauen
ausführlich	8	68 %	14
flüchtig	3	23 %	3
nein	-	3 %	1
Arzt verschlossen	-	3 %	1
weiß nicht	-	3 %	1

Von den 69 % der Probanden, die mit ihrem Arzt nur die eigenen Krankheitsprobleme besprechen, gibt wiederum nur die Hälfte den Zeitmangel des Arztes als Grund dafür an.

Frage 47.2.: Warum haben Sie ihn noch nie gefragt? (Tab. 126)

Tab. 126: Gründe, die die Patienten von Fragen an den Arzt, die nicht ihre eigene Gesundheit betreffen, abhalten

	Männer	% der Antworten	Frauen
kein großes Interesse an diesen Problemen	17	43 %	13
Arzt hat keine Zeit	15	50 %	20
Arzt verschlossen	1	1 %	-
weiß nicht	2	6 %	2

Insgesamt hält also nur 35 % der befragten Diabetiker das Gefühl, der Arzt habe keine Zeit, davon ab, mit ihm über Fragen zu sprechen, die den Themenkreis der eigenen Krankheitsproblematik überschreiten.

5.3. Schlußfolgerungen

Offenbar gelingt es trotz der Anonymität, unter der die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Industriegesellschaft zu leiden hat, einem Großteil gerade des Kollektivs, das durch eine solche Entwicklung besonders betroffen wäre, noch immer, das für den Therapieerfolg so entscheidende Vertrauensverhältnis zum Arzt zu gewinnen.

VI. ZUSAMMENFASSUNG

Das befragte Kollektiv zeigte eine hohe Informationsfrequenz, die jedoch nicht zu dem Rückschluß auf einen daraus gewonnenen ebenso hohen Kenntnisstand berechtigt. Auch steht der größere Teil der Befragten allen Informationen über seine Krankheit, die passiv an ihn herangetragen werden, sehr aufgeschlossen gegenüber, entwickelt aber von selbst nur wenig Initiativen, sich Informationsmaterial zu beschaffen: die ohne Zweifel vorhandene Informationsfreudigkeit und -bereitschaft ist also nicht mit einer "Informationsbeschaffungs-freudigkeit" gleichzusetzen, sie nimmt vielmehr rapide ab, sobald hierfür ein größerer Aufwand erforderlich wäre.

Daneben darf von den meisten Diabetikern keine sonderlich intensive Auseinandersetzung mit den Problemen ihrer Krankheit erwartet werden. Das zweifellos vorhandene Basiswissen reicht schon für die Beantwortung von Fragen, die nur geringe theoretische Kenntnisse und Fähigkeiten zur Abstraktion erfordern, nicht mehr aus. Eine eingehende Beschäftigung mit Problemen der Ätiologie, Pathophysiologie, Therapie und Spätkomplikationen und die aus diesem Wissen resultierende Fähigkeit zum "quasiärztlichen" Handeln (die man als Idealziel der Diabetikerschulung bezeichnen könnte) war nur bei einem geringen Prozentsatz der Befragten festzustellen. Nach wie vor (14, 45, 51) stark unterschätzt wird die Diät in ihrer Bedeutung als Grundelement jeder Diabetestherapie. Die Kenntnis der Spätschäden kann als befriedigend gelten.

Im Gegensatz zu diesem, aufgrund indirekter Indikatoren und direkter Wissensfragen erzielten, insgesamt unbefriedigenden Ergebnis, halten 86 % der Befragten ihre Kenntnisse für ausreichend. Die Patienten verwechseln hierbei offensichtlich Interesse mit Wissen bzw. geben sich der Illusion hin, daß die häufige Konfrontation mit bestimmten Begriffen und Sachverhalten eine nähere Auseinandersetzung mit den Problemen erübrigt. Dies dürfte mehr für die oberflächlichen Kenntniss verantwortlich sein als die Tatsache, daß sicher manche Patienten durch die Inhalte der Schulung, besonders was das Verständnis pathophysiologischer Phänomene anbelangt, in ihrem Abstraktionsvermögen überfordert sind.

Die Auswertung von Kontingenztafeln, die anhand der Beantwortung verschiedener Fragen gebildet wurden, erbrachte Zusammenhänge zwischen den Faktoren "Höhe des Kenntnisstandes über krankheits-spezifische Probleme" und "Interesse am aktuellen Krankheitsverlauf" bzw. "persönliches Engagement im Rahmen der Therapie" andererseits. Ein Beispiel dafür bietet die exakte Angabe der Harnzuckerwerte durch nahezu alle Patienten, die überhaupt Interesse für diese Kontrollmöglichkeit des aktuellen Krankheitsverlaufs aufbrachten.

Im Gegensatz zur Fehleinschätzung des Kenntnisstandes über Probleme des Diabetes mellitus beurteilen die Patienten ihr Informationsverhalten und ihr Wissen sehr viel realistischer, wenn sie auf die Beschäftigung mit allgemeinen Gesundheitsfragen angesprochen werden. Diese Diskrepanz könnte ihre Erklärung darin finden, daß die Patienten, nach ihrem Wissen über selbst durchgemachte Zweitkrankheiten befragt, auch dieses bei weitem überschätzen. Offensichtlich erwächst aus der Motivation der persönlichen Betroffenheit heraus beim Großteil der Probanden ein weit über das sonstige Interesse an Gesundheitsfragen hinausreichender Informationswunsch, der jedoch oft nur sehr oberflächlich oder gar überhaupt nicht befriedigt wird. Ebenso unterscheiden offensichtlich viele Patienten nicht zwischen subjektiven Krankheits- und Therapieerlebnis und theoretischem Wissen.

Ihr im täglichen Leben praktiziertes Gesundheitsverhalten benoten 93 % der Befragten als befriedigend oder besser.

Die krankheitsbedingte Notwendigkeit häufiger Arztbesuche bewahrt die Probanden wahrscheinlich weitgehend vor eigenständigem Experimentieren mit "Heilmitteln" aufgrund einer Anregung durch Zeitungs-werbung und oder andere nicht-ärztliche Einflüsse. Auch beurteilten die Befragten die Wirksamkeit von Mitteln die sie selbst anwandten, relativ kritisch.

Im Gegensatz dazu sind dem größten Teil der Befragten nicht-wissenschaftliche Methoden zur Behandlung der Zuckerkrankheit, die sogenannten "Hausmittel", wohlvertraut, wobei sich eindeutige Unterschiede im Bekanntheitsgrad der einzelnen Mittel zeigten. Besonders verbreitet scheint die Kenntnis und Anwendung von Sauerkraut und Sauerkrautsaft

zu sein, ebenso aller möglichen Zubereitungen mit Alkohol. Etwa die Hälfte derer, die angeben, von einem "Hausmittel" schon gehört zu haben, hat die Methode auch schon ausprobiert. Mittel, die die Patienten selbst nannten, waren in 75 % der Fälle auch bereits angewendet worden. Nur knapp die Hälfte der Patienten, die ein "Hausmittel" ausprobiert hat, ist von dessen völliger Wirkungslosigkeit überzeugt, wobei relativ am besten Sauerkraut und Sauerkrautsaft abschneiden. Bei den Zubereitungen, die die Patienten selbst angaben, beträgt der Anteil der positiven Einschätzungen bzw. der unbestimmten Angabe "weiß nicht" gar 75 %.

Obwohl die meisten Diabetiker nicht-wissenschaftliche Heilverfahren anwenden oder wenigstens schon ausprobiert haben und in über 50 % der Fälle von deren Unwirksamkeit zumindest nicht gänzlich überzeugt waren, setzte doch keiner der Befragten soviel Vertrauen in ihre Heilkraft, daß er sie als Ersatz für die Insulin- oder Tabletten-therapie angewandt hätte. Nur 9 % hatten auf diese Weise versucht, die Einhaltung ihrer Diätvorschriften zu umgehen bzw. etwaige Diätfehler auszugleichen. Dies stellt angesichts der starken Unterbewertung der Rolle der Diät bei der Therapie der Zuckerkrankheit ein sehr positives Ergebnis dar, macht umso deutlicher aber die innere Ambivalenz vieler Patienten sichtbar, die sie nach jedem Strohalm greifen läßt, der ihnen eine Besserung oder gar Heilung zu versprechen scheint, obwohl sie rein rational um die Aussichtslosigkeit dieses Unterfangens wissen.

Die Auswertung von Kontingenztafeln läßt einen Zusammenhang zwischen den Faktoren "Therapieform" und "Diabetesdauer" und der Anwendung nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden erkennen. Patienten mit längerer Krankheitsdauer sowie mit oralen Antidiabetika therapierte Zucker Kranke weisen eine bessere Kenntnis von "Hausmitteln" auf als andere Diabetiker.

Zur Unterrichtung über Probleme, die mit seiner Krankheit in Zusammenhang stehen, steht dem Diabetiker ein breites Spektrum unterschiedlichster Informationsquellen zur Verfügung, die jeweils bevorzugt eine ganz bestimmte Art und Qualität von Information vermitteln und somit ihren spezifischen Beitrag zum Gesamtwissen des Patienten leisten.

Die Diabetikerschulung im eigentlichen Sinn des Wortes wird nach wie vor zum größten Teil von ärztlicher Seite getragen. Eine wichtige Rolle spielt auch die schriftliche Information in Form verschiedenster Publikationen, die, da sie entweder von Fachleuten herausgegeben oder zumindest in Zusammenarbeit mit ihnen erstellt wurden, ebenfalls zur ärztlichen Information im weiteren Sinn gezählt werden können. Die Bedeutung der Massenmedien auf diesem Sektor ist vergleichsweise gering. Sie liefern eher - ebenso wie die "Mund-zu-Mund-Propaganda" - einen wesentlichen Beitrag zur Verbreitung von Informationen, die den Patienten zwar durchaus willkommen sind, von ihnen jedoch nicht als Wissen eingestuft werden.

Auf diese letztgenannten Quellen ist allerdings die große Informationshäufigkeit zurückzuführen. Ihre Diskrepanz zum tatsächlichen Wissensstand läßt sich somit zumindest teilweise dadurch erklären, daß der ärztliche Beitrag zur Information über die Zuckerkrankheit zwar als der wichtigste und für den Kenntnisstand ausschlaggebende beurteilt wird, aber, was die Häufigkeit der Inanspruchnahme dieser Informationsquelle anbelangt, einen eher bescheidenen Platz einnimmt. Sein Anteil tritt weit hinter den der Massenmedien und mündlichen Informationsverbreitung zurück. Die Patienten wissen zwar die Qualität der einzelnen Beiträge richtig einzuschätzen. Sie können sich aber dem Einfluß oberflächlicher, nicht-sachlicher oder gar falscher Informationen nicht entziehen, weil ihnen auf der Basis ihres Wissensstandes eine Selektion nicht möglich ist. Daraus läßt sich folgern, daß die Patienten, parallel zur Überbewertung ihres Kenntnisstandes, auch ihr Informationsverhalten falsch einschätzen.

Die Angaben bezüglich des Beitrags der einzelnen Informationsquellen zum Wissen über allgemeine Gesundheitsfragen bestärken die obige Hypothese insofern, als zwar auch hier die führende Stellung des Hausarztes unangetastet bleibt, die Rolle des persönlichen Gesprächs und der Massenmedien jedoch stärker in den Vordergrund tritt. Nach den im Laufe dieser Studie gewonnenen Erkenntnissen stimmen die Urteile der Patienten umso eher mit der Wirklichkeit überein, je geringer die persönliche Betroffenheit des einzelnen vom Sachverhalt ist. Deshalb scheint dieser Rückschluß selbst in Anbetracht der Tatsache erlaubt, daß die Bedeutung der Informationsquellen auch vom Themen-

komplex, über den der Patient sich informieren will und vom Gewicht, das er dem so gewonnenen Wissen beimißt, abhängt. Aus beiden Fragenreihen läßt sich jedoch ablesen, daß ein großer Teil der Patienten mit der ärztlichen Betreuung zufrieden ist.

Nach Meinung der Autorin ergeben sich aus der obigen Analyse folgende Anregungen für die tägliche Praxis der Diabetikerschulung:

Die zweifellos vorhandene Informationsfreudigkeit der Probanden, die durch häufige Beschäftigung mit den Problemen der Zuckerkrankheit zum Ausdruck kommt, berechtigt leider nicht zum Rückschluß auf einen entsprechend hohen Kenntnisstand. Sie darf auch nicht mit einer "Informationsbeschaffungsfreudigkeit" gleichgesetzt werden, sondern nimmt rapide ab, sobald von den Patienten eigenständige Initiativen in dieser Richtung erwartet werden. Der behandelnde Arzt muß also trotz aller Aufgeschlossenheit und Interessensbeteuerungen bis zum Beweis des Gegenteils eine eher insgesamt passive Haltung des Patienten in Rechnung setzen und seinerseits versuchen, ihn möglichst ausführlich zu unterrichten bzw. ihm geeignete Informationsquellen nahezubringen. Der verbale Hinweis auf Informationsschriften allein geht meist unter, drückt man sie dem Patienten jedoch in die Hand, werden sie auch gelesen, wie das Beispiel "Diabetes-Journal" beweist.

Gerade die Erstschulung der neuerkannten Diabetiker müßte unter "ärztlicher Überwachung" vorgenommen werden, damit - soweit dies überhaupt möglich ist - sichergestellt ist, daß die Patienten nicht nur Begriffe auswendig-, sondern mit ihnen umzugehen lernen und dadurch in die Lage versetzt werden, alle späteren Informationen auf der Grundlage eines fundierten Basiswissens zu verarbeiten. Wie diese Studie gezeigt hat, verleitet viele Patienten die Kenntnis eines medizinischen Terminus wie z.B. "Pankreas" zu der Fehleinschätzung, auch über die Sache an sich Bescheid zu wissen. Öftere Wiederholung, die bei den meisten eben nicht mit intensiverer Beschäftigung gleichgesetzt werden darf, führt dann zu einem falschen Gefühl der Sicherheit wie es in der Überschätzung des eigenen Wissens zum Ausdruck kommt.

Der Patient sieht später gar nicht mehr die Notwendigkeit, sich eingehend mit den Informationen auseinanderzusetzen, sondern nimmt sie nur noch unreflektiert zur Kenntnis. Darin liegt die Gefahr allzu häufiger, dafür aber nur oberflächlicher Konfrontation mit den krankheitsspezifischen Problemen. Nach einer gewissen Zeit stumpft das Interesse dann naturgemäß ab und der Kenntnisstand bleibt auf dem erreichten Niveau stehen. Gerade deshalb darf die Chance, die Patienten zu einer Zeit, zu der das Thema für sie noch größte Aktualität besitzt und der ganze Problemkomplex Neuland darstellt, möglichst intensiv und ausführlich zu unterrichten und ihnen vor allem pathophysiologische Denkweisen nahezubringen. Solange das nicht gelingt, sind der Vermittlung aller Inhalte, die in irgendeiner Form Verständnis und Einordnung in größere Zusammenhänge verlangen, enge Grenzen gesetzt. Am Beispiel der Kenntnis des Harnzuckerwertes, aber auch der Frage nach Variierbarkeit der Insulin- bzw. Tablettendosis oder nach zusätzlich zur medikamentösen Therapie anzuwendenden Maßnahmen, zeigt sich, daß theoretisches Wissen sich unmittelbar im Therapieverhalten niederschlägt, dem Patienten eine wesentliche Hilfestellung bei der Bewältigung seiner Alltagsprobleme leistet und die Fähigkeit vermittelt, in Ausnahmefällen schnell und richtig zu handeln.

Wie diese Studie erneut gezeigt hat, kann auch die Bedeutung der Diät gar nicht eindringlich genug dargestellt werden. Zusätzlich müßte in jeder Diabetikerschulung - ob mündlicher oder schriftlicher Art - klare Stellung gegenüber den nicht-wissenschaftlichen Behandlungsmethoden bezogen werden. Der Einwand, eine Erwähnung dieses Themas stifte nur zusätzliche Verwirrung, wird dadurch außer Kraft gesetzt, daß fast jeder Diabetiker irgendwann mit "Hausmitteln" konfrontiert wird und den Ratschlägen wohlmeinender Bekannter oder "alter erfahrener Diabetiker" sehr viele eher Gehör schenkt, wenn er sich von der Nutzlosigkeit der empfohlenen Methoden nur durch eigene Erfahrung überzeugen kann. Natürlich ist es nicht notwendig, alle gängigen "Hausmittel" aufzuzählen, aber auf die bekanntesten unter ihnen wie Sauerkraut, klaren Schnaps, Hefe, Tees, Heidelbeer- und Zwiebelsaft sollte ruhig kurz hingewiesen werden. Dies würde den Patienten manche Zweifel ob die Methode nicht doch vielleicht helfen könne, da man ja

noch nie etwas Negatives darüber gehört habe, ebenso ersparen wie unnütze Ausgaben und erst recht die Gefahren, die mit der Anwendung solcher Praktiken verbunden sein können.

Mitentscheidend für den Schulungserfolg ist neben einem geschickten didaktischen Aufbau nicht zuletzt die Darbietungsform. Durch die Wahl des Mediums werden, wie die vorliegende Untersuchung gezeigt hat, eventuell ganze Untergruppen ausgeschlossen, sei es, weil sie keine Zeit haben, Schulungskurse zu besuchen, keinen Fernsehapparat besitzen, ihre Sehkraft nachgelassen hat und ihnen die Lektüre der Laienschriften erschwert usw.. Wie schon oben betont, darf sich der Arzt hier nicht mit Beteuerungen seines Patienten, er wisse bereits alles Nötige, zufriedengeben, darf sich auch nicht der Verantwortung entziehen, indem er auf irgendwelche Informationsschriften verweist, sondern muß unbedingt versuchen, einen Überblick über den Kenntnisstand des Patienten zu gewinnen und sich, sofern ihm dieser unzureichend erscheint, auch tatsächlich die Zeit nehmen, mit dem Patienten über ungeklärte Probleme zu sprechen, ihm Informationsmaterial im wahrsten Sinn des Wortes in die Hand zu drücken, ihn auf geeignete Fernsehsendungen hinzuweisen usw.. Die meisten Diabetiker sind grundsätzlich dazu bereit, ja haben in hohem Maße das Bedürfnis, über ihre Krankheit Bescheid zu wissen. Inwieweit dieser Informationswunsch sich in Wissen niederschlägt, hängt ganz entscheidend von der Bedeutung, die der behandelnde Arzt diesem Sektor beimißt und seinem Engagement für Schulungsbelange ab.

LITERATURVERZEICHNIS

- (1) Alvisa, R. Family Situation of the Juvenile Diabetic
Barroso, C.C. Acta Diabet.Lat. 11/3 (1974) 245-249
Guell, R.

- (2) Bayer Leverkusen Therapeutische Berichte
 Diabetes mellitus - neue therapeutische
 Aspekte
 Bayer, Leverkusen 1974

- (3) Blobel, R. Gesund sein - gesund bleiben
Tölle, R. Piper, München 1975

- (4) Boeltken, F. Auswahlverfahren
 Teubner, Stuttgart 1976

- (5) Bräutigam, W. Psychosomatische Medizin
Christian, P. G. Thieme, Stuttgart 1973

- (6) Creutzfeldt, W. The Genetics of Diabetes Mellitus
Köbberling, J. Springer, Berlin-Heidelberg 1976
Neel, J.V.

- (7) Delay, J. Medizinische Psychologie
Pichot, P. G. Thieme, Stuttgart 1966, 3. Aufl. 1971

- (8) Deutscher Dia- Diabetes-Journal
betiker-Bund E.V. Offizielles Organ des Deutschen Diabetiker-
 Bundes
 Verlag Kirchheim & Co., Mainz

- (9) Deutscher Dia- Schriftenreihe des Deutschen Diabetiker-
betiker-Bund E.V. Bundes
 Commerz Druck- u. Verlags-Ges., Frankfurt/M.

- (10) Drufoğa GmbH Diätpläne
Drufoğa GmbH, Köln

- (11) Elhardt, S. Tiefenpsychologie
W. Kohlhammer, Stuttgart 1971, 4. Aufl. 1975

- (12) Frehner, H.U. Diabetes-Fibel
G. Thieme, Stuttgart 1966, 3. Aufl. 1972

- (13) Feldweg, Th. Die Zuckerkrankheit und ihre biologische
Behandlung
Verlag H. Schwab, Gelnhausen 1965

- (14) Glogner P. Zur Kenntnis des Diabetes mellitus in der
Kaffarnik, H. Bevölkerung
Esselborn, H. Med.klin. 63 (1968) Nr. 37

- (15) Goodman, L.S. The Pharmacological Basis of Therapeutics
Gilman, A. Macmillan Publishing Co, New York 1941,
5. Aufl. 1975

- (16) Gutsche, H. Diab. Epidemiology in Europe
Holler, H.D. G. Thieme, Stuttgart 1975

- (17) Habermann E. Spezielle Pharmakologie
Löffler, H. Springer, Heidelberg 1975

- (18) Hassell, J. Group/Audiovisual Instruction for Patients
Medved, E. with Diabetes
J.Amer.Diet.Ass. 66/5 (1975) 465-470

- (19) Hoechst AG Informationsschriften für Diabetiker
Boehringer Mann- Frankfurt a.M./Mannheim
heim GmbH

- (20) Holm, K. Die Befragung, Band I und II
Francke, München 1975

- (21) Immich, H. Medizinische Statistik
F.K. Schattauer, Stuttgart 1974
- (22) Kaiser, J.H. Das Große Neue Kneippbuch
Ehrenwirth, München 1975
- (23) Kellerer, H. Statistik im modernen Wirtschafts-
und Sozialleben
Rowohlt, Hamburg 1960
- (24) Kleine, E.-J. Katamnestische Erhebungen zur Insulin-
behandlung und Harnzuckerkontrolle bei
Diabetikern
Inaug.-Dissertation, München 1972
- (25) König, R. Handbuch der empirischen Sozialforschung -
Grundlegende Methoden und Techniken der
empirischen Sozialforschung. Erster und
Zweiter Teil (Band 2 und 3)
G. Thieme, Stuttgart 1967, 3. Aufl. 1973
- (26) Lausch, E. Diabetes
Verlag Chemie, Weinheim/Bergstraße 1971
- (27) Leonard, A.M. Patient's Knowledge of Diabetes Mellitus
and its Application
Abstr.Hosp. Mgmt. Stud. 10/3 (1974) 10667
- (28) Levine, R. HB 419-A New Oral Antidiabetic Drug
Pfeiffer, E.F. G. Thieme, Stuttgart 1969
- (29) Lexikon-Institut Gesundheitslexikon
Bertelsmann Bertelsmann Lexikon-Verlag, Gütersloh 1974
- (30) Lienert, G.A. Verteilungsfreie Methoden in der Bio-
statistik I
A. Hain, Meisenheim 1973

- (31) Mayntz, R. Einführung in die Methoden der empirischen
Holm, K. Soziologie
Hübner, P. Westdeutscher Verlag, Opladen 1969,
2. Aufl. 1971
- (32) Mehnert, H. Stoffwechselkrankheiten-
Förster, H. Biochemie und Klinik
G. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl. 1975
- (33) Mehnert, H. Nutzen und Gefahren bei der Beratung von
Lepper, P. Diabetikern in Apotheken und Reformhäusern
Dtsch.med.Wschr. 20 (1964) 962-968
- (34) Mehnert, H. Ärztlicher Ratgeber für Diabetiker
Standl, E. G. Thieme, Stuttgart 1975
- (35) Noelle, E. Umfragen in der Massengesellschaft
Rowohlt, Hamburg 1963
- (36) Novo Industrie Hinweise für Zucker Kranke
GmbH Mainz
- (37) Petrides, P. Diabetes mellitus
Weiss, L. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-
Löffler, G. Wien 1971
Wieland, O.
- (38) Pfeiffer, E.F. Fortschritte der Diabetologie
Therapiewoche 21 (1971) 553
- (39) Pollak, K. Knaurs Gesundheitslexikon
Droemer Knaur, München 1975
- (40) Raptis, S. Sulfonylharnstoffe als orale Antidiabetika
Pfeiffer, E.F. der 1. und 2. Generation
Therapiewoche 21 (1971) 578

- (41) Riva G. Diabetes - Wegweiser für Zuckerkrankte
Schertenleib, F.E. Verlag H. Huber, Schweizer Diabetes-
Teuscher, A. Gesellschaft, Bern 1975
- (42) Sachs, L. Angewandte Statistik
Springer, Berlin-Heidelberg 68,
4. Aufl. 1974
- (43) Schäfer, H. Sozialmedizin - Einführung in die Er-
Blohmke, M. gebnisse und Probleme der Medizin-
Soziologie und Sozialmedizin
G. Thieme, Stuttgart 1972
- (44) Schneider, H. Untersuchungen über den Informationsgrad
Lischinski, M. von Diabetikern in Abhängigkeit von der
Ziegelasch, H.-J. Krankheitsdauer, dem Gewichts- und Blut-
Burrmann, H. druckverhalten
Dtsch.Ges.wesen 29 (1974) H. 16
- (45) Schneider, H. Untersuchungen über den Informationsgrad
Lischinski, M. von Diabetikern mit differenter Therapie
Ziegelasch, H.-J. über ihre krankheitsspezifische Diät
Burrmann, H. Dtsch.Ges.wesen 29 (1974) H. 33
- (46) Schöffling, K. Der große Ratgeber für Diabetiker
Petzoldt, R. Urban & Schwarzenberg, München
Fröhlich-Krauel, A.
- (47) Schrader, A. Einführung in die empirische Sozialforschung
W. Kohlhammer, Stuttgart 1971
- (48) Städt. Kranken- Diätvorschrift
haus München- München
Schwabing, III.
Med. Abteilung

- (49) Überla, K. Biomathematik - Erläuterungen und Lern-
hilfen zum Gegenstandskatalog
Institut für Medizinische Informationsver-
arbeitung, Statistik und Biomathematik der
Universität München, München 1974
- (50) Venzmer, G. Das neue große Gesundheitsbuch
Bertelsmann Ratgeberverlag, Gütersloh 1974/75
- (51) Wagner, K. Katamnestische Befragungen zur Diät und
Lebensführung bei Diabetikern
Inaug.-Dissertation, München 1974
- (52) Fülgraff, G. Pharmakotherapie - Klinische Pharmakologie
Palm, D. G. Fischer, Stuttgart 1975

A N H A N G

Zusammenstellung der Ergebnisse in absoluten
Zahlen gemäß der numerischen Reihenfolge des
Fragebogens

2. <u>Geschlecht:</u>	Männer	Frauen
	45	55
3. <u>Seit wann sind Sie zuckerkrank?</u>		
1 - 2 Jahre	6	9
2 - 5 Jahre	8	15
länger als 5 Jahre	31	31
davon: bis zu einschl. 10 Jahren	6	3
länger als 10 Jahre	14	16
4. <u>Wie wird Ihre Zuckerkrankheit behandelt?</u>		
mit Tabletten	17	24
mit Insulin	20	25
nur mit Diät	8	6
5. <u>Wie genau halten Sie sich an die vorgeschriebene Diät?</u> <u>Bitte benoten Sie sich selbst mit Noten von 1 - 6!</u>		
1	8	11
2	14	17
3	19	23
4	3	2
5	-	1
6	1	1
6. <u>Blutzuckerwerte</u>		
6.1. <u>Können Sie mir Ihren letzten Blutzuckerwert nennen?</u>		
ja	35	39
ungefähr	5	12
nein	5	4
6.2. <u>Vergleich mit dem Diabetikerausweis:</u>		
Angabe war richtig ($\pm$ 5)	27	33
ungefähr richtig ($\pm$ 25)	10	13
falsch	2	5
7. <u>Harnzuckerwerte</u>		
7.1. <u>Können Sie mir Ihren letzten Harnzuckerwert nennen?</u>		
ja	27	22
ungefähr	2	8
nein	16	25

	Männer	Frauen
7.2. <u>Vergleich mit dem Diabetikerausweis:</u>		
Angabe war richtig	25	19
ungefähr richtig	3	7
falsch	1	4

8. Glauben Sie, daß Sie über Ihre Zuckerkrankheit ausreichend informiert sind?

ja	41	45
nein	1	7
weiß nicht	3	3

8.1. Warum sind Sie nicht genügend informiert?

Ärzte verschweigen das meiste	1	-
zu wenig Zeit	1	-
besonders wenn man nach Dingen fragt, die in der Zeitung standen, erfährt man oft von den Ärzten zu wenig	1	-
weiß nicht	1	3
man hört so verschiedene Meinungen	-	2
glaubte, das wäre nicht nötig, da der Diabetes wieder weggehen würde	-	1
möchte mehr über Tees, Akupunktur, Homöopathie wissen	-	1
theoretische Informationen stimmen mit der Praxis nicht überein	-	1
man vergißt im Laufe der Zeit so vieles	-	1
man hört immer wieder neue wissenschaft- liche Erkenntnisse	-	1

9. Woher beziehen Sie Ihre Informationen?

Bitte benoten Sie die folgenden Informationsquellen nach ihrer Wichtigkeit für Sie persönlich mit Noten von 1 - 6!

	Männer						Frauen					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Hausarzt ⁺	10	18	8	3	1	5	22	9	6	6	4	6
Schulungs- programm ⁺	21	9	3	-	-	-	34	13	2	-	1	-
Fernsehen	6	9	8	5	9	8	6	8	7	8	9	17
Rundfunk	1	6	2	2	10	24	1	1	5	7	5	36
Presse	1	10	7	12	9	6	3	8	10	8	8	18
Laienschriften	17	14	4	1	3	6	13	16	9	5	1	11

⁺2 der befragten Frauen gaben an, keinen Hausarzt zu besitzen;
12 der befragten Männer und 5 der befragten Frauen hatten
nicht am Schulungsprogramm der III. Med.Abt. des Schwabinger
Krankenhauses teilgenommen;

	Männer						Frauen					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Bekannte	1	2	9	3	5	25	3	5	4	11	8	24
Apothekerzeitung	3	3	5	6	3	25	3	10	7	5	1	29
Apotheker ⁺	4	6	5	6	2	22	2	7	4	3	2	33
Verwandte	4	5	5	2	4	25	6	3	3	2	4	37

- | | | |
|---|--------|--------|
| 10. <u>Wie häufig informieren Sie sich?</u> | Männer | Frauen |
| bei jeder sich bietenden Gelegenheit | 31 | 41 |
| ab und zu | 11 | 9 |
| selten | 3 | 5 |
| nie | - | - |
-
- | | | |
|---|---|---|
| 10.1. <u>Warum informieren Sie sich nicht?</u> | | |
| weiß genug | 1 | 1 |
| kein Interesse | 1 | - |
| lebt zurückgezogen | - | 2 |
| sieht schlecht | - | 1 |
| keine Zeit | - | 1 |
| erübrigt sich, da ausreichende Informa-
tion durch das Schulungsprogramm | 1 | - |
-
- | | | |
|--|----|----|
| 11. <u>Wann haben Sie das letzte Mal etwas über die Zuckerkrankheit
gehört oder gelesen?</u> | | |
| im Laufe der letzten Woche | 15 | 19 |
| innerhalb der letzten 4 Wochen | 18 | 22 |
| vor ca. 1 - 6 Monaten | 12 | 12 |
| liegt länger als 6 Monate zurück | - | 2 |
-
- | | | |
|--|----|----|
| 12. <u>Haben Sie als Diabetiker Informationen aus der Presse ent-
nommen, die Ihnen Ihr Arzt nicht gesagt hat?</u> | | |
| ja | 19 | 10 |
| nein | 26 | 45 |
-
- | | | |
|--|---|---|
| 12.1. <u>Um welche Informationen handelte es sich hierbei?</u> | | |
| weiß nicht | 6 | 3 |
| künstliches Insulin | 4 | 3 |
| Hausmittel | 5 | - |
| β-Zellverpflanzung | 1 | 1 |

⁺ bei den ersten der befragten Patienten wurde zum Teil vergessen,
nach der Bewertung des Apothekers zu fragen;

	Männer	Frauen
Zukunftsspekulationen	3	-
Zuckeranstieg bei Aufregung	1	-
Unwirksamkeit von Euglucon	1	-
neue Tabletten	1	-
Schädlichkeit von Süßstoffen	-	1
neues Insulin	-	1
je mehr man spritzt, umso mehr muß man essen	-	1
Reaktion des Pankreas auf Tabletten	-	1
12.2. <u>Für wie wichtig halten Sie diese Informationen?</u>		
sehr wichtig	6	5
weniger wichtig	4	3
unwichtig	4	1
weiß nicht	5	1
13. <u>Haben Sie von irgendeiner anderen Seite etwas über die Zucker-</u> <u>krankheit gehört, was Ihnen Ihr Arzt nicht gesagt hat?</u>		
ja	14	13
nein	31	42
weiß nicht mehr	-	-
13.1. <u>Was haben Sie gehört?</u>		
Hausmittel	10	10
Ursachen des Diabetes	2	-
Zukunftsspekulationen	1	-
Spätfolgen	-	1
Begleitkrankheiten	-	1
Lebensführung	-	1
Nachspritzen von Insulin	-	1
Details, z.B. Stellung der Spritze	-	1
weiß nicht mehr	1	2
13.2. <u>Woher stammt diese Information?</u>		
von Bekannten	10	9
vom Fernsehen	2	-
vom Kräuterhaus	-	1
aus dem Diabetes-Journal	1	1
aus anderen Laienschriften	-	1
weiß nicht mehr	1	1

13.3. Haben Sie auf diese Information in irgendeiner Form reagiert?

	Männer	Frauen
ja	3	8
nein	11	5

13.3.1. Wie haben Sie reagiert?

ausprobiert	2	4
gezweifelt	1	-
nicht probiert bzw. abgelehnt	-	2
genauere Einhaltung der Diät	-	2
Sport getrieben	-	1
Wissensvertiefung	-	1

14. Nehmen wir an, Ihre Zuckerkrankheit würde jetzt erst entdeckt. Wo glauben Sie, nach Ihren bisher gemachten Erfahrungen, könnten Sie sich am ehesten schnell und gründlich informieren?

III. Abteilung des Schwabinger Krankenhauses	26	33
beim Arzt	18	22
durch Laienschriften	1	-
im Kurbad	-	1

15. Sie selbst werden mit ... behandelt.

Welche Methoden, die Zuckerkrankheit zu behandeln, sind Ihnen noch bekannt?

(Bei der Auswertung wurde die beim Patienten angewandte Behandlungsmethode als bekannt mitgezählt.)

Insulin	37	47
Tabletten	40	53
Nur Diät ⁺	21	20
Diät ⁺	10	13
Hausmittel	1	1
Bad nehmen	1	-
Bewegung	-	1
regelmäßige Lebensführung	-	1
weiß nicht	1	-

⁺Hier wurde unterschieden, ob den Patienten bekannt war, daß eine Behandlung des Diabetes allein durch die Diät möglich ist.

16. Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe von mitunter empfohlenen Behandlungsmethoden aufzählen. Sie sagen mir dann bitte, ob Sie schon gehört haben, daß man die Zuckerkrankheit damit behandeln kann.

	Männer		Frauen	
	ja	nein	ja	nein
Zwiebelsaft	23	22	14	41
Eierschalen	6	39	3	52
Bohnenschalentee	13	32	29	26
Bohnensaft	5	40	7	48
Bohnendragees	1	44	4	51
Heidelbeersaft	13	32	16	39
Sauerkraut	32	13	46	9
Sauerkrautsaft	32	13	39	16
Haferstrohtee	10	35	12	43
Hefe	15	30	17	38
Vitamine	3	42	6	49
Blütenpollen	3	42	6	49
Akupunktur	6	39	14	41
Kakaoschalentee	1	44	3	52
klarer Schnaps	25	20	28	27
Teufelskralle	4	41	13	42

War den Befragten ein Mittel bekannt, sollten sie die Informationsquelle angeben.

Im folgenden Schema werden als Abkürzungen verwendet:

- B = Bekannte
- V = Verwandte
- P = Presse
- A = Apotheker
- R = Reformhaus oder Drogerie
- H = Arzt
- D = Kräuterhaus oder -buch
- K = Krankenschwester oder sonstiges medizinisches Personal
- S = Schulungsprogramm
- N = Naturheilkundler
- L = Laienschrift
- F = Fernsehen

Männer

	B	V	P	A	R	H	D	K	S	F	L	B	V	L	A	R	H	L	K	S	N
Zwiebelsaft	11	2	4	1	2	1	1	1	-	-	-	7	1	5	-	2	-	-	-	-	-
Eierschalen	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bohnschalentee	10	1	1	1	-	2	-	-	-	-	-	22	3	1	1	2	-	3	-	-	-
Bohnsaft	2	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	7	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Bohnenbrages	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Heidelbeersaft	5	-	1	-	3	-	3	1	-	-	-	11	-	2	2	3	-	-	-	-	-
Sauerkraut	22	2	2	-	4	-	3	-	-	-	-	32	2	3	3	3	-	-	1	-	1
Sauerkrautsaft	23	3	2	-	4	-	1	-	-	-	-	26	2	3	3	6	-	-	-	-	1
Haferstrohtee	6	1	1	-	-	-	2	-	-	-	-	10	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Hefe	7	2	1	-	3	1	1	-	-	-	-	3	-	4	1	3	-	-	-	-	-
Vitamine	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1	2	-	-	-	-	-	-
Blütenpollen	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Akupunktur	2	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Kakaoschalentee	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
klarer Schnaps	22	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	21	1	2	-	-	3	-	-	-	-
Teufelskralle	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	10	-	1	1	1	-	-	-	-	-

Frauen

War ein Mittel bekannt, so wurden die Patienten weiter befragt, ob sie selbst es schon ausprobiert hätten und ob es geholfen habe.

	Männer					Frauen				
	probiert		hat geholfen			probiert		hat geholfen		
	ja	nein	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	ja	nein	wei nic
Zwiebelsaft	7	16	2	4	1	4	10	1	2	1
Eierschalen	1	5	1	-	-	1	2	-	1	-
Bohnenschalente	5	8	-	4	1	20	9	1	14	5
Bohnensaft	1	4	-	1	-	1	6	-	1	-
Bohndendragees	-	1	-	-	-	2	2	-	2	-
Heidelbeersaft	4	9	1	2	1	9	7	1	3	5
Sauerkraut	17	15	9	5	3	26	20	11	9	6
Sauerkrautsaft	17	15	7	7	3	20	19	10	7	3
Haferstrohtee	6	4	2	2	2	7	5	2	2	3
Hefe	9	6	4	3	2	8	9	4	2	2
Vitamine	1	2	-	1	-	3	3	2	-	1
Blütenpollen	1	2	-	1	-	1	5	-	1	-
Akupunktur	-	6	-	-	-	-	14	-	-	-
Kakaoschalente	-	1	-	-	-	3	-	-	2	1
klarer Schnaps	11	14	2	5	4	12	16	3	4	5
Teufelskralle	2	2	-	2	-	3	10	-	2	1

17. Kennen Sie außerdem noch irgendein "Hausmittel", mit dem man die Zuckerkrankheit behandeln kann?

	Männer	Frauen
ja	14	25
nein	31	30

17.1. Welches?

Tee (ohne nähere Bezeichnung)	2	5
Tee von Pfarrer Kratzer	-	1
Huflattichtee	1	-
Hopfenblütentee	1	1
Blaubeerblätterttee	-	1
Kruzifloratee	-	1

	Männer	Frauen
Heidelbeertee	-	1
römische Kamille	-	1
Haferflocken	1	2
Hafer Schleim	1	-
Hafer	-	1
Weißbier	1	-
Hefeweizen und Saccharino	-	1
sauerer Wein	1	-
Blütenhonig	1	-
Meerrettichsaft	1	-
Porree	1	1
Knoblauch oder Porree mit Wein	-	1
Knoblauch	1	-
Ginseng	1	-
Akupressur	1	-
Gallebitter	1	-
Grapefruit	-	2
Fruchtsäfte	-	1
schwarzer Johannisbeersaft	-	1
nüchtern eine Zitrone	-	1
Gurkenschale	-	1
frische Bohnen	-	2
Überkinger	-	1
klarer Kartoffelschnaps	-	1
doppelter Wacholder	-	1
Fleischbrühe von gekochtem Pferdefleisch	-	1
ungeröstete Kaffeebohnen mit Wasser 25 Stunden ziehen lassen	-	1
Rosmarin statt Insulin spritzen	-	1
geriebenen Muskat in einem Glas Wasser	-	1
Heilkräuter und Doornkaat in die Erde eingraben, nach einiger Zeit trinken	-	1

17.2. Woher haben Sie davon erfahren?

	Männer	Frauen
von Bekannten	8	20
von Verwandten	4	4
vom Heilpraktiker	1	-
vom Wurzelsepp	1	-
vom Reformhaus	1	1
aus dem Kräuterbuch	1	3
weiß nicht	1	1

17.3. Haben Sie selbst es schon probiert?

ja	11	24
nein	7	6

17.3.1. Hat es geholfen?

ja	5	7
nein	-	8
weiß nicht	6	9

18. Glauben Sie, daß man die Zuckerkrankheit statt mit Insulin oder Tabletten auch mit einer der gerade aufgezählten Methoden behandeln kann?

ja ⁺	8	6
nein	32	40
weiß nicht	5	6
vielleicht	-	3

18.1. Haben Sie selbst schon Tabletten/Insulin/Diät durch eines dieser Mittel ersetzt?

ja	6	3
nein	39	52

18.1.1. Was haben Sie ersetzt?

Tabletten	-	-
Insulin	-	-
Diät	6	3

18.1.2. Welche Methode haben Sie dabei angewendet?

Sauerkraut	2	2
Sauerkrautsaft	1	-
Schnaps	1	2
Tee	1	1
Saft	-	1
Heidelbeerblätter	1	-

⁺Die meisten Patienten beschränkten die Möglichkeit, den Diabetes mit einem "Hausmittel" zu behandeln, auf das Anfangsstadium der Krankheit bzw. auf leichtere Fälle.

19. Was tun Sie außer der Behandlung mit Tabletten oder Insulin noch gegen Ihre Zuckerkrankheit?

	Männer	Frauen
körperliche Betätigung	21	26
Kur	2	2
Diät	14	15
regelmäßige Lebensführung	-	2
Körper- und Fußpflege	-	1
Vorsorge gegen Spätschäden	-	1
Joga	-	1
Atemgymnastik, frische Luft	-	1
Anwendung von "Hausmitteln"	-	1

20. Glauben Sie, daß Süßstoffe schädlich sind?

ja	7	15
vielleicht	4	4
nein ⁺	33	30
weiß nicht	1	6

20.1. Woher haben Sie diese Information?

Presse	5	8
Apotheker	1	1
Bekannte	-	1
Fernsehen	-	2
eigene Erfahrung	4	5
weiß nicht	1	3

20.2. Wie wirken sie Ihrer Ansicht nach?

krebserzeugend	5	4
verstopfend	2	1
sind unverträglich	1	-
sind magenschädlich	-	2
"chemisches Zeug"	3	2
Nierenentzündung	-	1
pelzige Zehen	-	1
Herzschäden	-	1
karieserregend	-	1
haben einen widerlichen Nachgeschmack	-	2
weiß nicht	5	5

⁺Die Antwort "nein" wurde oft mit dem Zusatz versehen, man dürfe nicht zu viel nehmen; einige Patienten versicherten im gleichen Atemzug, sie selbst würden nie Süßstoffe verwenden.

21. Halten Sie die Tabletten, die es gegen die Zuckerkrankheit gibt, für schädlich?

	Männer	Frauen
ja	14	15
vielleicht	6	7
nein	20	25
weiß nicht	5	8

21.1. Woher haben Sie diese Information?

eigene Erfahrung	13	13
Bekannte	2	5
Verwandte	1	-
Presse	3	3
Fernsehen	1	-
weiß nicht	2	1

21.2. Welche Art von Schäden sind Ihnen bekannt?

Leberschäden	4	1
Magenschmerzen	9	11
Übelkeit	2	2
Durchfall	-	1
Verstopfung	1	-
Abmagerung	1	-
Nachlassen von Appetit und Aktivität	-	1
Hypoglykämien	1	-
Schwindelgefühl	1	-
Nierschäden	2	2
Absinken der Urinmenge	-	1
Brennen im Unterleib	-	1
Augenschäden	1	1
Herzschäden	-	1
Krebs	1	-
psychische Labilität	-	1
allgemeine Tabletten-schäden	2	1
weiß nicht	1	4

21.3. Wissen Sie, welches Präparat diese Wirkungen hat?

	Männer	Frauen
Biguanid	1	3
Sulfonylharnstoff	2	4
weiß nicht	16	15
Tabletten im allgemeinen	1	-

22. Kennen Sie das Diabetes-Journal?

ja	15	23
nein	30	32

22.1. Wo haben Sie es kennengelernt?

Schwabinger Krankenhaus	11	16
Bekannte	2	1
Hausarzt	1	1
Apotheker	-	1
Kur	1	1
Probeexemplare des Diabetiker-Bundes	-	1
durch Inserate	-	1
durch die DAK	-	1
weiß nicht	-	1

22.1.1. Wie häufig lesen Sie diese Zeitschrift?

x regelmäßig	6	6
x häufig	1	1
x ab und zu	2	4
x selten	5	9
xx nie	1	3

x 22.1.1.1. Wie erhalten Sie das Diabetes-Journal?

Abonnement	5	4
während der Kur	2	-
liegt im Schwabinger Krankenhaus aus	3	7
durch Bekannte	4	1
durch den Hausarzt	1	-
von Verwandten	-	1
Probeexemplar des Diabetiker-Bundes	-	1
von der DAK	-	1
weiß nicht	1	5

xx 22.1.1.2. Warum lesen Sie das Diabetes-Journal nicht?

	Männer	Frauen
keine Zeit	1	1
weiß bereits genug	2	-
will sich nicht mit Literatur befassen, die sich auf seine Krankheit bezieht	1	-
Nachlässigkeit	-	1
weiß nicht, wo sie es bekommen kann	-	1
Überinformation	-	3
keine Hilfe	-	1

22.1.1.1.1. Warum kaufen Sie sich das Diabetes-Journal nicht?

nicht nötig	2	3
zu teuer	1	-
zu umständlich zu kaufen	-	2
weiß nicht, wo man es kaufen kann	-	2
Nachlässigkeit	-	2
keine Zeit	-	1

Der Rest der Befragten erhielt das Diabetes-Journal entweder von Bekannten bzw. von einer der anderen unter 22.1.1.1. genannten Stellen oder machte keine genaueren Gründe geltend.

22.1.1.3. Wie beurteilen Sie das Diabetes-Journal?

Inhalt gut verständlich	12	20
Inhalt schwer verständlich	2	1
sehr informativ	8	16
könnte besser sein	2	1

Neben dieser pauschalen Einschätzung wurden die Patienten um eine detailliertere Kritik gebeten.

Können Sie Ihre Kritik näher erläutern?

Leserfragen sehr gut	1	-
man sollte mehr ins Detail gehen	1	-
Allgemeinmedizin nicht so wichtig	1	-
aus jedem Artikel ist Gewinn zu ziehen	1	-
geht zu sehr ins Detail	1	-
bringt nicht besonders Neues	2	1
zu viele Fremdwörter	2	2

	Männer	Frauen
sollte mehr über Steuererleichterung und die finanziellen Probleme des Diabetikers bringen	1	-
nur positive Beurteilung	1	2
macht zu viel Hoffnungen	1	-
Antworten auf die Leserbriefe gehen nicht genau auf die Fragen ein	-	1
man sollte mehr theoretische Informationen bringen	-	1
zu teuer	-	2
zu theoretisch, sollte mehr praktische Hinweise enthalten	-	2
kein Ersatz für den Arzt	-	1
Aufklärung gut für Anfänger	-	1
manchmal psychisch belastend (Spätschäden)	-	1

23. Strahlenbehandlung

23.1. Haben Sie schon von einer Strahlenbehandlung der Zuckerkrankheit gehört?

ja	3	3
nein	42	52

23.2. Wie sehen Sie den Erfolg einer solchen Behandlung?

Genmutation	1	-
Besserung des Diabetes	1	-
glaubt nicht an einen Erfolg	14	17
weiß nicht	29	38

24. Künstliche Bauchspeicheldrüse

24.1. Ist Ihrer Ansicht nach in Deutschland eine Möglichkeit gegeben, die Zuckerkrankheit mit einer künstlichen Bauchspeicheldrüse zu behandeln?

ja	7	7
in Deutschland nicht, aber in den USA	2	5
jetzt noch nicht, aber in der Zukunft	14	18
nein	10	13
weiß nicht	12	14

24.2. <u>Wo haben Sie davon gehört?</u>	Männer	Frauen
Fernsehen	8	12
Presse	16	21
von Bekannten	5	5
Schulungsprogramm	3	1
Rundfunk	1	-
Laienschriften (z.B. Diabetes-Journal)	3	3
Hausarzt	1	1
von Verwandten	1	-
weiß nicht	1	-
noch nie davon gehört	14	18

24.3. <u>Wie stellen Sie sich die Behandlung vor?</u>		
Implantation	13	27
ähnlich wie bei der künstlichen Niere	2	3
speichert Insulin und schüttet es nach Bedarf aus	6	5
kontrolliert den Blutzucker	5	1
Herzschrittmacherprinzip	2	3
Transplantation vom Rind	1	1
mit Magensonde eingeführt	1	-
Spritze, die das Pankreas in Gang setzt	1	-
Bestrahlung	-	1
glaubt nicht an diese Möglichkeit	-	1
keine Vorstellung	21	21

24.4. <u>Glauben Sie, daß die Zuckerkrankheit dann geheilt ist?</u>		
ja	4	4
nein	28	28
zusätzliche therapeutische Maßnahmen nötig	1	5
weiß nicht	12	18

25. <u>Nehmen wir einmal an, Sie haben Ihre Diät nicht genau eingehalten. Kann man diesen Diätfehler dadurch ausgleichen, daß man die Tabletten- oder Insulindosis ändert?</u>		
man kann die Insulindosis ändern	6	8
man kann die Tablettendosis ändern	5	5
nur in Ausnahmefällen	10	3
man darf die vorgeschriebene Dosis auf keinen Fall ändern	15	31
weiß nicht	4	8

26. Sehen Sie überhaupt die Notwendigkeit, daß Ihre Zuckerkrank-
heit behandelt wird?

	Männer	Frauen
ja ^x	44	54
nein ^{xx}	1	-
weiß nicht ^x	-	1

x 26.1. Warum muß Ihrer Ansicht nach die Zuckerkrankheit behandelt
werden?

Verschlechterung des Allgemeinzu-		
standes	15	27
Gefahr des Komas	16	13
Verhütung von Spätschäden	7	18
weil es die Ärzte sagen	1	2
um den Zuckerspiegel des Blutes zu		
kennen	5	3
um das Leben zu verlängern	3	2
ohne Behandlung Unverträglichkeit		
von bestimmten Nahrungsmitteln,	1	-
z.B. Fett		
Schwäche des Pankreas	2	3
um die Notwendigkeit von Insulin-		
injektionen hinauszuzögern	1	1
wegen der Erblichkeit der Zucker-		
krankheit	1	-
wegen der schlechten Wundheilung	1	-
um den Diabetes zu heilen	-	1
weil sie einen juvenilen Diabetes		
hat	-	1
weiß nicht	1	1

xx 26.2. Warum halten Sie es nicht für nötig, die Zuckerkrankheit
zu behandeln?

ist schon zu alt (81 Jahre), um Angst		
vor Spätschäden zu haben	1	-

27. Haben Sie schon einmal von den Spätschäden der Zuckerkrank-
heit gehört?

ja ^x	34	43
nein ^{xx}	11	12

x 27.1. <u>Können Sie Spätschäden nennen?</u>	Männer	Frauen
an den Augen	29	35
an den Nieren	11	19
an den Gliedmaßen	15	16
an den Nerven	2	4
Durchblutungsstörungen	12	14
schlechte Wundheilung	-	4
am Herzen	7	6
an der Leber	5	4
an der Galle	1	1
an den Gefäßen	9	4
an der Haut (Ulcus cruris)	2	1
Haarausfall	-	1
Juckreiz	-	1
an den Knochen	1	-
an der Lunge	1	-
am Magen	1	-
Rheumaempfindlichkeit	1	-
Stoffwechselschäden	-	1
Gangrän	-	1
am Gehirn	-	1
Blutdruckanstieg	-	2

xx 27.2. Können Sie sich darunter irgendetwas vorstellen?

ja	5	5
nein	5	7
weiß nicht	1	-

27.2.1. Was stellen sie sich darunter vor?

zu spät zum Arzt gegangen	-	1
Koma	-	1
Lähmungen	-	1
Organschäden nach Tabletteneinnahme	-	1
bei jeder Krankheit gibt es Schäden	-	1
Schäden an Nerven, Nieren, Herz	-	je 1
Schäden an den Gliedmaßen, Augen	-	je 2
Gedächtnisstörungen	-	1

	Männer	Frauen
Tod	1	-
Ejakulationsstörungen	1	-
Schädigung der inneren Organe	1	-
Behinderung in jeder Hinsicht	1	-
Venenverengung	1	-
Anstieg von Blutdruck und Blutzuckerspiegel durch Diätfehler	1	-
weiß nicht	1	5
<u>28. Kennen Sie den Deutschen Diabetiker-Bund?</u>		
ja	28	31
nein	17	24
<u>28.1. Sind Sie Mitglied in diesem Bund?</u>		
ja ^x	-	3
nein ^{xx}	28	28
<u>x 28.1.1. Weshalb sind Sie eingetreten?</u>		
um Informationen zu erhalten	-	1
durch das Diabetes-Journal dazu gekommen	-	1
weil sie Diabetikerin ist	-	1
<u>x 28.1.2. Welche Vorteile bringt Ihnen die Mitgliedschaft?</u>		
Informationsvorsprung	-	3
<u>xx 28.1.3. Warum sind Sie nicht Mitglied?</u>		
halte es nicht für notwendig	8	10
weiß nicht, wie man Mitglied wird	3	3
zu umständlich	1	2
fühlt sich beim Arzt in guten Händen	1	1
ist kein Vereinsmeier	6	1
ist gegen Verpflichtungen	-	2
hat zu wenig Zeit	-	1
hat sich noch nicht genügend damit befaßt	1	-
war früher Mitglied und hält es jetzt nicht mehr für nötig	-	1
hat noch nicht daran gedacht	-	1
zu teuer	-	3
ein fester Beitrag sollte verlangt und mehr Werbung betrieben werden	-	1
aus Trägheit	1	2
weiß nicht	9	5

30. Waren Sie früher schon einmal ernsthaft krank?

	Männer	Frauen
ja ^x	22	40
nein	23	15

x 30.1. Woran waren Sie erkrankt?

31. Wissen (wußten) Sie genauer über Ihre Erkrankung Bescheid?

ja	15	18
ungefähr	7	14
nein	-	8

32. Wollen (wollten) Sie eigentlich genauer Bescheid wissen?

ja ^x	21	30
nein ^{xx}	1	9
weiß nicht	-	1

x 32.1. Warum wollten Sie Genaueres wissen?

Wissen um die Folgen	3	3
Konsequenzen für das persönliche Verhalten	7	13
Wunsch nach Information	16	22
Angst, die Krankheit nicht loszuwerden	-	1

xx 32.2. Warum wollten Sie nicht genauer Bescheid wissen?

würde es nicht verstehen	-	1
kein Interesse	-	4
Angst, zuviel zu wissen	1	1
hat noch nie krankhaft gesucht	-	1
war zu schwer krank	-	1
ihre Krankheiten sind natürliche Alterserscheinungen	-	1

33. Sie sagen, Sie wußten über ... genauer Bescheid. Woher stammen (stammten) Ihre Informationen?

x 33.1. Hat Ihr Arzt Sie informiert?

ja, sehr genau	16	18
ungefähr	3	7
sehr wenig	-	3
nein	3	1
weiß nicht	-	3

x 33.2. Haben Sie sich selbständig von anderer Seite informiert?

	Männer	Frauen
nein	11	14
ja (ohne nähere Angabe)	1	3
bei anderen Ärzten	2	2
durch die Presse	1	7
durch die Laienschriften	5	3
von Bekannten	2	4

x 33.3. Stießen Sie zufällig auf die Information oder haben Sie bewußt danach gesucht?

zufällig	1	2
hat gesucht	11	13
weiß nicht	-	-

34. Woran liegt (lag) es, daß Sie nicht genauer Bescheid wissen (wußten)?

xx 34.1. Haben (hatten) Sie das Gefühl, der Arzt hätte Ihnen mehr erzählen sollen?

ja	-	-
Konkreteres	-	2
nein	-	1

x 34.1.1. Haben Sie ihn genauer befragt?

ja ^x	-	-
nein ^{xx}	-	2

x 34.1.1.1. Warum glauben Sie, hat er Ihnen nicht mehr gesagt?

34.1.1.2. Warum haben Sie ihn nicht genauer befragt?

würde es nicht verstehen	-	2
geht nicht, daß die Ärzte jedem Patienten alles erklären	-	1

35.a) Achten Sie ganz allgemein auf Ihre Gesundheit?

Bitte bewerten Sie Ihr Verhalten mit Noten von 1 bis 6.

1	5	11
2	24	29
3	15	9
4	1	4
5	-	1
6	-	1

35.b) Sind Sie ganz allgemein, auch wenn Sie gesund sind, an Informationen über medizinische Probleme interessiert?

	Männer	Frauen
interessiert bis sehr interessiert	20	25
mäßig interessiert	17	17
nur interessiert, wenn ich selbst krank bin	7	11
grundsätzlich nicht interessiert	1	1
weiß nicht	-	1

36. Welche Zeitschriften lesen Sie?

Tageszeitung	41	43
Illustrierte	22	24
Fernsehzeitschrift	14	22
Bild der Wissenschaft	1	1
Vital	1	-
Reformhauszeitschrift	1	-
keine Zeitschrift	2	7

37. Lesen Sie auch die Werbung in diesen Zeitungen?

regelmäßig	7	5
häufig	1	4
ab und zu	15	17
selten	11	12
nie	10	10

38. Haben Sie bereits irgendein "Medikament", das dort angeboten wurde, gekauft?

mehrmals	3	4
einmal	4	5
noch nie	37	35
weiß nicht mehr	-	1

38.1. Was haben Sie bestellt?

Gerovital	1	-
Ginseng	1	2
Zelloxygen	1	-
Teufelskralle	2	-
Biolecit	1	-
Kavaform	1	-
KH 3	1	1

	Männer	Frauen
Tees	1	-
Tee für Galle, Herz, Nerven, Schlaf	-	1
Schnüpfenmittel	1	-
Vitaminpräparate	1	-
Blütenpollen	-	1
Buerlecithin	-	2
Mineraliengemisch	-	1
Galama	-	1
verschiedene im Reformhaus ange- botene Mittel	-	1
weiß nicht mehr	-	2
<u>38.2. Hat es geholfen?</u>		
ja	2	5
nein	3	6
weiß nicht	2	-
<u>39. Lesen Sie auch die Artikel über Gesundheitsfragen?</u>		
sehr interessiert	11	11
interessiert	13	19
mäßig interessiert	8	12
kaum interessiert	5	3
nicht interessiert	7	5
<u>40. Kennen Sie eine Zeitschrift, die sich nur mit Gesundheits- problemen befaßt?</u>		
ja	18	15
nein	27	40
<u>40.1. Können Sie mir den Titel nennen?</u>		
nein	7	5
AOK-Zeitschrift	2	-
Die Gesundheit	3	1
Ärzteblätter bzw. medizinische Fachzeitschriften	2	1
Gesundheit heute	1	-
Medizin heute	-	1
Gesundheitsmagazin	4	1
Reformhauszeitung	-	2
Baby-Zeitung	-	1
Medizinratgeber	-	1
Gesundheit und Medizin	-	1
Lebe gesund	-	1

40.2. <u>Lesen Sie diese Zeitschrift?</u>	Männer	Frauen
regelmäßig	5	3
häufig	4	1
ab und zu	5	7
selten	4	2
nie	-	2
41. <u>Kennen Sie ein Buch, das sich nur mit Gesundheitsfragen beschäftigt?</u>		
ja	23	24
nein	22	31
41.1. <u>Können Sie mir den Titel nennen?</u>		
nein	6	8
Gesundheitslexikon	9	4
Pschyrembel	1	1
Die Gesundheit	1	-
Großer Ratgeber	1	-
Der Ratgeber in gesunden und kranken Tagen	1	1
Gesundheitsbuch	1	3
Lexikon der Medizin	1	-
Der weiße Magier	1	-
Kräuterfibel	1	-
Brockhaus	1	-
Köhnlechner	1	-
Naturheilkundebuch	1	-
Sauerbruch	1	-
Dr. Brucker	-	1
Kneippbuch	-	1
Akupunkturbuch	-	1
Der Mensch	-	1
Gesund bleiben	-	1
Krebs	-	1
Medizinische Fachbücher	-	2
41.2. <u>Besitzen Sie ein solches Buch?</u>		
ja	21	24
nein	2	1

41.2.1. <u>Lesen Sie auch darin?</u>	Männer	Frauen
regelmäßig	3	4
häufig	3	-
ab und zu ⁺	12	15
selten	1	2
nie	2	2

42. Bitte benoten Sie die aufgeführten Informationsquellen nach ihrer Wichtigkeit für Sie persönlich mit Noten von 1 bis 6.

	Männer						Frauen					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Hausarzt	10	16	11	1	3	3	17	15	11	5	2	5 ⁺
Fernsehen	5	16	11	4	4	5	10	10	16	7	8	4
Rundfunk	1	6	8	5	8	15	1	3	6	14	4	27
Presse	-	5	16	12	5	7	2	10	11	11	7	14
Laienschriften	3	9	8	4	3	18	-	7	8	7	4	28
Bekannte	1	3	9	6	6	20	-	5	8	13	12	17
Apothekerzeitung	1	10	6	3	5	20	4	14	7	3	4	23
Apotheker	3	9	8	3	3	19	6	9	3	3	4	29
Verwandte	3	3	10	7	6	16	6	4	3	12	6	24

43. Können Sie einige Themen aus dem Bereich der Medizin aufzählen, über die Sie in letzter Zeit etwas gehört oder gelesen haben?

	Männer	Frauen
ja	32	26
nein	13	29

43.1. Welche?

Akupunktur	5	7
Herz, Kreislauf	12	9
Krebs	8	8
Raucherbeine	1	1
Galle	1	2
Leber	-	3
Nierenkrankheiten	1	1
gynäkologische Probleme	1	3
Magengeschwüre	-	2
Ernährungsfragen	1	-

⁺hier erfolgte meist der Zusatz: "Wenn ich krank bin ..."

je einmal wurden genannt:

Ozontherapie, Nasenkorrektur, Cholesterin, Gürtelrose, Kinder-
medizin, Neuraltherapie, Venenverpflanzungen, Grippewelle, Zahn-
probleme, Prostatitis, Darmkrankheiten, Arthrosen, Stoffwechsel,
Entstehung des Lebens, Wetterfühligkeit, Rauchen, Röntgendiagnostik,
Injektionen, Multiple Sklerose, Organverpflanzungen, Laserstrahlen

zweimal wurden genannt:

Augenkrankheiten

In vielen Fällen stimmten die Angaben der Patienten zu diesem Punkt
wie auch zum Punkt 44.1. mit den unter 30.1. als schon selbst durch-
machte Krankheiten aufgezählten Themen überein.

44. Gibt es Themen, die Ihnen immer wieder begegnen?

	Männer	Frauen
ja	22	29
nein	23	26

44.1. Welche?

Akupunktur	1	3
Herz, Kreislauf	7	7
Krebs	12	12

je einmal wurden genannt:

Gewicht, Pille, Frauenprobleme (Klimakterium), allgemeine Lebens-
führung, Depressionen, Nervensachen, Blutfette, Galle, Niere,
Stoffwechsel, Rheuma

je zweimal wurden genannt:

Arthrosen, Raucherschäden, Magengeschwüre, Organverpflanzungen

je dreimal wurden genannt:

Cholesterin, Übergewicht bzw. allgemeine Ernährungsregeln

Bei der Beantwortung dieser Frage war die Übereinstimmung mit der
Antwort auf die Frage 30.1. noch deutlicher.

44.2. Wie gut glauben Sie, über diese Themen informiert zu sein?

gut	16	11
weniger gut	9	18
schlecht	7	-

45. <u>Hat eine solche Information Sie schon einmal zu einem Arzt-</u> <u>besuch angeregt?</u>	Männer	Frauen
ja	11	14
nein	34	41

45.1. Warum?

Feststellung des Diabetes (Durst, Aktion Zuckertest)	5	8
Grippeimpfung	1	1
Tetanusimpfung	-	1
Vorsorgeuntersuchung	1	1
Krebstest	2	1
Hormonbehandlung gegen Akne	-	1
Prostata	1	-
wegen dauernder Müdigkeit	1	-
Kneippkur	-	1

46. Haben Sie aufgrund einer solchen Information schon einmal ein
neues Medikament ausprobiert?

ja	5	4
nein	40	51
weiß nicht	-	-

46.1. Welches?

weiß nicht mehr	-	2
Herzmittel	2	-
Sympathol	-	1
Entwässerungsmittel	-	1
Prostafink	1	-
Kopfwehmittel	-	1
Beruhigungsmittel	-	1
Vitamine	-	1

47. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt auch manchmal über Probleme, die
nicht speziell Ihre eigene Gesundheit betreffen?

ja ^x	11	20
nein ^{xx}	34	35

x 47.1. Geht er auf Ihre Fragen ein?

ausführlich	8	14
flüchtig	3	3
nein	-	1
Arzt verschlossen	-	1
weiß nicht	-	1

xx 47.2. Warum haben Sie ihn noch nie gefragt?

	Männer	Frauen
kein großes Interesse an diesen Problemen	17	13
Arzt hat keine Zeit	15	20
Arzt nicht gesprächig	1	-
weiß nicht	2	2

48. Woher beziehen Sie die meisten Ihrer Informationen?

vom Hausarzt	13	25
vom Fernsehen	3	5
vom Rundfunk	1	-
aus der Presse	10	10
aus Laienschriften	9	4
von Bekannten	2	3
von Verwandten	2	1
aus der Apothekerzeitung	2	1
aus eigener Erfahrung	1	2
weiß nicht	2	2
vom Apotheker	-	2

49. Sollten die Massenmedien - also Presse, Rundfunk und Fernsehen - Ihrer Ansicht nach noch mehr medizinische Fragen aufgreifen?

ja	29	27
nein	15	22
weiß nicht	1	6

50. Darf ich Sie nach Ihrem Alter fragen?

bis einschließlich 39 Jahre	11	13
40 bis einschließlich 59 Jahre	16	11
60 Jahre und älter	18	31

51. Wie groß sind Sie?+

52. Wieviel wiegen Sie?+

53. Wohnen Sie alleine?

ja	8	19
nein	37	36

+ s. Seite 40 IV.2.3.

Da die Daten für sich gesehen keinen Aussagewert besitzen, wird auf ihre Wiedergabe verzichtet.

53.1. <u>Wer lebt noch mit Ihnen?</u>	Männer	Frauen
Familie	35	31
Eltern	1	1
Kind	-	4
lebt im Altersheim	1	-
54. <u>Wo wohnen Sie?</u>		
Stadt	41	45
ländliche Gegend	4	10
55. <u>Darf ich Sie nach Ihrem Schulabschluß fragen?</u>		
Volksschule	26	31
Mittlere Reife	15	18
Abitur	4	6
56. <u>Darf ich Sie nach Ihrem Beruf fragen?</u>		
57. <u>Darf ich Sie nach Ihrer Krankenkasse fragen?</u>		
AOK	18	15
BKK	5	17
DAK	4	7
BKK	9	7
IKK	2	-
TEK	-	1
KKH	1	2
KVB	2	-
Hamburg-Münchener	2	1
Buba	1	3
Schwäbisch Gmündener	2	1

L E B E N S L A U F

Geburtsdatum: 17.10.1953

Geburtsort: Ingolstadt

Eltern: Franziska Brandl, geb. Zöpfl
Erhard Brandl

Abitur: 1972 am Katharinen-Gymnasium in Ingolstadt

Medizinstudium: Studienbeginn an der Ludwig-Maximilians-Universität
München im Sommersemester 1973

Studienjahr 76/77 Auslandsstudium am King's College
Hospital, London und an der Radcliffe Infirmary,
Oxford

Studienabschluß an der Ludwig-Maximilians-Universi-
tät München im Oktober 1979

Stipendien: Studienstiftung des Deutschen Volkes, Cusanuswerk

